

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : mention MÉDECINE

Année 1903

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 novembre 1903, à 1 heure

Par Ivan KIPROFF

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE

Président : M. P. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. RAYMOND et CHANTEMESSE, professeurs.
DUPRÉ, agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1903

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	HAYEM.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique.	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.	POZZI.
	KIRMISSON

Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER et FARABEUF.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DEGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'exprimer à notre maître, M. le Professeur agrégé BONNAIRE, notre profonde gratitude. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous confier cette étude, et laisser à notre disposition les documents scientifiques où nous avons puisé nos observations.

Donner une définition précise à ce groupe d'accouchements que nous nous proposons d'étudier est chose difficile. Et pour mettre en évidence cette difficulté, nous ne pouvons mieux faire que de citer quelques définitions formulées par des auteurs compétents.

Ainsi on a appelé *accouchements précipités* ceux dans lesquels l'« enfantement est anormalement accéléré par la précipitation des douleurs du travail ». Certains auteurs rangent sous cette appellation également les accouchements dans lesquels la deuxième période du travail, la période d'expulsion de l'enfant est très rapide. D'autres auteurs, et cela en partie avec raison, consi-

dèrent comme accouchements précipités « seulement les cas dans lesquels l'enfant éprouve une véritable chute à travers le canal génital dans cet accouchement accéléré (1) ». Ensuite (2) on a englobé sous cette dénomination « tous les cas dans lesquels la mère est surprise par l'enfantement d'une façon quelconque, sans tenir compte de ce fait qu'une chute de l'enfant ait eu lieu ou non, ou que la vitesse de l'accouchement ait été accélérée ou non ». F. Hellhake (3) trouve la meilleure la définition de Winckel. Celui ci désigne comme accouchements précipités tous les cas dans lesquels l'accouchée est surprise par l'expulsion de l'enfant dans une situation ou dans une attitude peu ordinaires à ce phénomène, sans qu'elle ait reçu les secours de l'art, sans qu'une personne expérimentée l'ait explorée pendant la première ou la deuxième période du travail, que tout au moins de façon exceptionnelle. « On appelle en médecine légale accouchement précipité, dit H. Leray (4), celui qui s'accomplit à l'improviste et si rapidement que la femme n'a pas le temps de se coucher, en sorte que l'expulsion de l'enfant a lieu, la mère restant debout ou accroupie ». Le Dr Heidenhaim de Coslin donne comme un élément

1. Fr. Strassmann : Sturzgeburten. (*Lehrbch. d. gerichtl. Medizin Stuttgt.* 1895, p. 529. — 2. Paul Strassmann : Ueber Sturzgeburt. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*), n° 44, 30 oct. 1890, p. 968. — 3. Fr. Hellhake : Praecipitierte geburten, *Inaug Diss. in Würzburg*, 1898, p. 6. — 4. H. Leray : Étude sur la brièveté du cordon ombilical, *Thèse Paris*, 1893, p. 70.

essentiel du « Sturzgeburt » — dans le sens exact du mot — la surprise de la mère pendant l'accouchement.

Nous ne pouvons accepter dans son intégralité aucune de ces définitions. Elles sont trop étroites et n'englobent pas tous les cas que nous voulons étudier dans ce travail. S'il nous fallait cependant donner notre préférence à l'une d'elles, c'est pour celle de P. Strassmann que nous aurions opté.

Si la définition de ces accouchements est difficile à donner, une dénomination, qui comprendrait tous les cas est encore moins facile à trouver. En effet on les a décrits sous des noms très différents. Ainsi Moreau de la Sarthe en parle dans son article des « naissances extraordinaires » (1) en les classant parmi les « naissances merveilleuses » : « On désigne sous ce nom, dit-il, les naissances qui paraissent merveilleuses... par la nature de l'accouchement ». Depaul (4) les subdivise en *accouchements par surprise*, *accouchements inconscients*, et *accouchements rapides*, en ne tenant compte que des phénomènes concernant l'accouchement lui-même. La plupart des auteurs allemands, ne prenant en considération que la rapidité avec laquelle ceux-ci évoluent, les appellent des *accouchements précipités*. On trouve en effet dans leurs ouvrages les termes de *Schnellgeburt*, *præcipitierter Geburt*, *Sturzgeburt* employés comme synonymes. Voici l'idée que se fait du terme de *Sturzgeburt* P. Strassmann

1. *Encyclop. method.*, Paris MDCCXCII.

2. *Dictionn. encyclop. des sc. médicales*, art. *accouchement*.

(p. 968) : « Le concept de *Sturzgeburt*, dit-il, ne peut être défini en peu de mots. Pris dans son sens littéral et employé seulement pour les accouchements qui sont accélérés de façon anormale, au point de vue tocologique et tocomécanique, il (*le Sturzgeburt*) ne correspond qu'aux accouchements dans lesquels l'enfant *tombe réellement au dehors* ». D'autres auteurs, voulant faire ressortir l'importance de l'endroit où l'accouchement s'effectue, ont créé des dénominations nouvelles. C'est ainsi que dans certains ouvrages allemands nous trouvons les termes de *Gassen*”, *Droschke*”, *Eisenbahn*”, *Wagen*”, *Küchen*”, *Treppengeburt*, etc., etc. Tous ces mots étant synonymes d'« accouchement précipité », mais indiquant en plus l'endroit (rue, fiacre, chemin de fer, voiture, cuisine, escalier, etc., etc.) où l'accouchement s'est accompli.

Nous avons préféré intituler notre thèse : *Contribution à l'étude des accouchements par surprise*. De cette façon, nous croyons mieux mettre en évidence les caractères communs de tous ces accouchements. En effet, qu'il s'agisse d'accouchements rapides pendant partie ou totalité de l'enfantement, d'accouchements normaux au point de vue de la durée du travail, mais surprenant la femme (ou même son entourage pendant que la parturiente est privée de sa connaissance) grâce à la faiblesse ou à la fausse interprétation des douleurs — comme cela se voit dans les accouchements indolores, dans les accouchements pendant les sommeils naturel, narcotique et hypnotique, ou pendant le coma, chez les aliénés, etc., etc., — dans les accouchements se termi-

nant au cours d'un besoin illusoire de miction ou de défécation ; qu'il s'agisse même enfin des accouchements ordinaires au point de vue durée et douleurs, mais qui se sont passés dans des circonstances imprévues de l'accouchée (les exemples en sont fournis d'une part par les filles mères, qui ne voulant qu'accoucher en secret sans aucune arrière-pensée pour l'enfant, s'isolaient dans un endroit inhabité, où tout secours leur fera défaut, et d'autre part par les femmes qui ont été forcées de s'arrêter et d'accoucher sur la voie publique faute de possibilité de transport) ; *dans tous ces cas les conséquences de l'enfantement, pour la mère comme pour l'enfant, peuvent être identiques ; dans tous ces cas le médecin légiste peut être appelé à résoudre les mêmes questions.*

Mais les difficultés dans l'étude des accouchements par surprise ne s'arrêtent pas à leur définition, et à leur dénomination. La délimitation entre les faits qui appartiennent à la catégorie des accouchements par surprise, et qui doivent servir de base à leur étude, et les faits qui constituent les accouchements normaux n'est pas facile non plus. Or cette délimitation est très importante, vu la rareté de ces accouchements-là. En effet ce n'est qu'en étudiant le détail de *tous les accouchements*, aussi bien ceux *par surprise*, que ceux qui ont seulement *quelques points communs* avec ces derniers que l'on peut arriver à des conclusions précises sur le degré de possibilité de tel ou telle catégorie d'accouchements, de telles ou telles circonstances, de telle ou telle complication ou accident.

En recueillant nos observations dans les documents scientifiques de M. le professeur agrégé BONNAIRE, à la Maternité de l'hôpital Lariboisière, nous avons trouvé en effet beaucoup de cas se rapprochant de ceux que nous publions ici. Nous n'en avons pas tenu compte, car ces accouchements ne peuvent être utiles que pour dresser une statistique exacte de faits concernant une question de détail de notre étude.

Comme premier groupe de faits éliminés, nous mentionnerons les cas d'accouchement rapide, de courte durée, arrivés juste pour se terminer à la consultation, et qui sont nombreux. Ce groupe a son importance, et doit certainement figurer dans les statistiques en vue de conclusions d'ordre médico-légal. C'est le seul moyen de fixer précisément le degré de possibilité des accouchements rapides.

Il y a un deuxième groupe d'accouchements analogues à ceux qui nous occupent, très intéressants eux aussi, et que nous excluons également de notre étude. Ce sont ceux qui concernent des parturientes amenées à la consultation avec la tête fœtale ou le siège hors de la vulve. Dans ces faits, les éléments touchant le mécanisme de l'accouchement (douleur, rapidité du travail) ainsi que les facteurs favorisant les complications se combinent et intéressent au plus haut degré les statistiques établissant la fréquence de l'infection, de l'asphyxie fœtale, etc.

Enfin une dernière catégorie d'accouchements indiquée comme s'étant terminés à la Maternité sans antiseptie préalable ne figurent pas non plus dans notre

thèse, quoique ces faits aient également des points communs avec les accouchements par surprise ; on en doit tenir compte pour établir la fréquence des accouchements précipités, des accouchements indolores, etc.

Mais ces trois catégories d'accouchements, par ce seul fait qu'ils se sont terminés à la Maternité où la surveillance médicale dans certains cas, les soins antiseptiques dans d'autres leur ont été prodigués, perdent de leur importance, et tout en gardant une grande valeur statistique, puisqu'ils établissent la fréquence de certains facteurs d'étiologie, de complications ou de conséquences médico-légales, n'en fausseraient pas moins, à notre point de vue, nos conclusions.

Pour la collection de nos observations, ainsi que pour la dénomination d'accouchements par surprise, nous nous sommes donc guidé par les idées directrices suivantes :

1° Les accouchements que nous étudions doivent se distinguer des ordinaires par les conditions dans lesquelles ils se terminent, conditions qui favorisent particulièrement certaines complications des accouchements ordinaires et conséquemment soulèvent des problèmes médico-légaux de la plus haute importance.

2° Ces accouchements *surprennent* :

Soit parce qu'ils sont *complètement indolores*, quoique la femme ait conscience de sa grossesse et de son travail ;

Soit parce que le travail *en totalité* (faits très rares) ou *l'expulsion fœtale seule* (majorité des accouchements dits *précipités*) est *excessivement rapide* ;

Soit parce que les *douleurs de l'enfantement* sont mal interprétées et attribuées à des besoins de miction ou de défécation ou à des symptômes d'une maladie.

Soit parce que la femme étant inconsciente et ne pouvant prévenir l'assistance précisément au moment voulu, *l'entourage et même le médecin présent sont surpris par l'expulsion de l'enfant* ;

Soit parce que la femme étant obligée d'accoucher en route, faute de moyens de transport, *s'est laissée surprendre sans assistance* ;

Soit enfin parce que la fille mère, la veuve mère, voulant accoucher en secret et s'étant éloignée dans un endroit inhabité, privée de toute assistance, est *surprise* ou par un accouchement avec complications (exemple, tête de l'enfant coiffée de membranes, et enfant resté à la vulve pendant longtemps, ou siège hors de la vulve et tête dernière progressant lentement, etc.) ou par un accident (hémorrhagie, syncope, évanouissement, etc.) privant la mère, de sa connaissance.

3° Quant aux accouchements qui ne présentent que certains points communs avec les accouchements par surprise, mais qui ne surprennent ni la femme ni l'entourage quand celle ci est inconsciente, nous les éliminons de notre étude.

En effet, pour classer un accouchement parmi ceux que nous nommons « par surprise », *il ne suffit pas* :

a) Qu'il se soit terminé *dans une attitude dite « peu ordinaire »*, car on voit, comme « normales », toutes les attitudes « peu ordinaires », chez certains peuples. Ces

accouchements n'intéressent donc que les statistiques concernant les différentes attitudes ;

b) *Qu'il ne soit pas assisté par l'homme de l'art* : le défaut d'assistance joue, il est vrai, un grand rôle sur l'infection et les complications, mais il ne suffit pas à caractériser les accouchements par surprise, quoique la grande majorité de ceux-ci s'opèrent sans assistance. Nous ajouterons que si le défaut d'assistance ne suffit pas à caractériser un accouchement par surprise, la présence de l'homme de l'art auprès de la parturiente ne suffit pas non plus à exclure cet accouchement de la catégorie que nous étudions. Les observations de Berthier, de Balay, l'exemple des éclamptiques, des folles, les accouchements par surprise dans les ambulances, dans les maternités en font foi.

c) *Qu'il se soit effectué dans un lieu peu ordinaire* : car si chez les peuples civilisés il y a des endroits spéciaux pour l'accouchement, chez les mêmes peuples beaucoup de paysannes accouchent dans leurs champs, etc. Ces accouchements dans les champs ne font d'ailleurs partie des accouchements par surprise que quand la femme a accouché dans ce lieu parce que surprise par l'expulsion soit indolore, soit trop rapide, etc.

Et pour nous résumer, nous dirons que l'accouchement indolore, l'accouchement précipité, l'accouchement inconscient, l'accouchement non assisté, et quelquefois même l'accouchement ordinaire au point de vue tocomécanique ne deviennent accouchements par surprise que lorsqu'ils aboutissent à une surprise qui est la condition nécessaire de complications plus ou moins gran-

des. Cette surprise peut concerner la mère et l'entourage ; elle peut porter sur l'accouchement tout entier (quand les phénomènes de la grossesse et du travail ont été mal interprétés) ou sur l'expulsion de l'enfant seulement (dans la majorité des cas). Quelquefois les suites malheureuses pour la mère ou pour l'enfant ne sont la conséquence que de la surprise de complications dans l'accouchement (exemple un accouchement difficile avec tête coiffée, tête dernière et dans un endroit inhabité, ou à des surprises d'ordre varié, qui obligent la femme à s'arrêter en route loin de la maternité et de l'assistance (exemple les parturientes qui manquent le chemin de fer, le tramway, transports défectueux, etc.).

Avant de commencer l'exposé de notre étude, nous ferons remarquer que les « observations » sont données abrégées, mais que cependant tous les points pouvant intéresser l'étude des accouchements par surprise y figurent. Si quelques observations sont incomplètes, c'est parce que nous les avons trouvées telles. Pour ne pas allonger inutilement l'exposé des observations nous nous sommes contenté de donner les dimensions du diamètre sous-occipito-frontal, qui est le plus important au point de vue du mécanisme de l'accouchement.

CHAPITRE I

Historique.

Les accouchements par surprise sont connus de toute antiquité et sous toutes les latitudes. Ainsi, si l'on en croit Th. Bartholin (1), les Américaines ne prenaient aucune précaution pour accoucher. Le même renseignement nous est donné par Crantz (2) pour les Groenlandaises. Bruce (3) nous conte que les femmes du pays de Galles ne s'arrêtaient point pour leur enfantement. D'après l'abbé Prévost et M. Burns, chez les Ostiacks, les femmes n'interrompaient guère leurs travaux ni leurs voyages pour accoucher. Il en est de même des Abyssiniennes, suivant Pitavel (5). Winterbott (6) qui a visité des tribus africaines, nous révèle les mêmes habitudes ; et Long (7) atteste le fait pour les Indes. Chardin affirme (8) qu'en Perse comme en Chine l'art

1. Th. Bartholin : *Antiq. Veter. puerp. synops.* 1676. —
2. Crantz : *History of Groenland*, I, 161. — 3. Bruce : *Voyage aux sources du Nil*, II. — 4. Prévost : *Voyages*, p. 59. Burns : *Voyages*, p. 349. — 5. Pitavel : *Bland on Parturit*, etc., 29. —
6. Burns : *Principal of midwif*, 349. — 7. Long : *Voyages*, p. 59. Burns, 349. — 8. Chardin : *Voyages*, IV, 230.

des accouchements est inconnu. On peut trouver trop affirmatifs, et surtout trop généralisés, tous ces renseignements ; il n'en reste pas moins que des cas isolés de ce genre d'accouchements se soient présentés avec quelque fréquence.

Hippocrate parle d'une femme qui a accouché dans le coma ; et les poètes, de tout temps, ont chanté les femmes accouchées sans douleurs. Homère, dans son hymne à Apollon, nous apprend que Latone enceinte, « arrivée dans l'île de Delos, s'appuya contre un arbre, mit un genou en terre, et donna ainsi naissance à Diane d'abord, puis à Apollon. » Dans l'*Amphitryon* de Plaute, Alemène accoucha de deux jumeaux sans souffrir.

Nous trouvons également dans la Bible, des allusions aux accouchements par surprise. En voici quelques-unes concernant les Hébreux. « Pourquoi, malgré mon ordre, laissez-vous vivre les enfants mâles des Hébreux ? » demanda le Pharaon d'Egypte aux sages-femmes Sciphara et Puhà. Elles répondirent : « C'est que les femmes des Hébreux ne sont point comme celles d'Egypte, car elles sont vigoureuses, elles ont accouché avant l'arrivée de la sage-femme » (Exod. I, 19)(1). Cette réponse de Sciphara et de Puhà, se confirme par les exemples suivants : c'est ainsi que Jacabel accoucha de Moïse, et se délivra seule. La belle-fille du grand-prêtre Heli, femme de Phinéès, enceinte et près d'accoucher, apprenant que l'arche de Dieu était prise, et

1. Witkowsky : *Histoire des accouchements*.

que son beau-père et son mari étaient morts ; enfanta avant terme Jehabod (Rois, IV, 19).

Sur l'accouchement de la Vierge, les chroniqueurs ne nous donnent aucun renseignement précis. Les cantiques du moyen âge prêtent à la mère de Jésus ce propos : « sans douleurs et sans plainte j'ai accouché ; contre les lois de nature d'une manière pure mon fils s'est détaché. » La Vierge n'eut point de sage-femme pour accoucher, dit saint Jérôme (1). Le Koran est aussi très affirmatif sur ce point : « Les douleurs de l'enfantement la surprirent auprès d'un tronc de palmier. » [Koran, XIX, 23-26] (2).

Parfois l'accouchement était non seulement peu douloureux, mais, si l'on en croit la publication de Bryon (1775) ç'aurait été pour les Siciliennes comme une partie de plaisir (3). Kilian cite un cas où le travail de l'accouchement eut lieu dans la plus « ineffabile voluttà » (4). Engelmann (5) rapporte d'après le Dr Faulkner qu'une femme Sioux accoucha en allant chercher du bois dans la forêt : elle revint avec un fagot et son enfant. Le Dr Choquette lui communiqua l'observation suivante : une femme de la tribu des Koutenais quitta la colonne des chasseurs, dans laquelle elle se trouvait, et la rejoignit peu après avoir donné le jour à un enfant. Posidonis raconte qu'une Ligurienne, travaillant la terre de Charmulus de Marseille,

1. Witkowsky : *Op. cit.* 92. — 2. Dionis : *Traité général des accouchements*, 422. — 3. Bryon : *Voy. en Sicile et à Malte* (Witkowsky, 73). — 4. G. Millot : *De l'obstétrique en Italie*. — 5. Engelmann : *Pratique des accouchements chez les peuples primitifs*.

se trouva prise des douleurs de l'enfantement : elle s'éloigna de quelques pas, et, après s'être délivrée, revint se mettre à l'ouvrage, elle ne consentit à s'en aller qu'après qu'on lui eut payé son salaire.

Le duc de Bordeaux vint au monde, selon la propre expression de la duchesse de Berry, « en deux douleurs ». Ce fut à l'occasion d'un fait analogue que fut, il y a 200 ans, engagé un procès que relatent les « Causes célèbres » et qui dura 25 années ; la femme du lieutenant de police, comtesse de Saint-Gerans, étant sur le point d'accoucher, s'endormit ; quand on permit aux parents de rentrer dans sa chambre, l'enfant était né. La sage-femme avoua, paraît-il, qu'elle avait fait prendre un narcotique à la dame. Au surplus, si la chloroformisation est entre les mains des accoucheurs un moyen puissant pour soulager les grandes souffrances — chloroformisation de la Reine d'Angleterre — on a cité des cas authentiques où le but criminel de la chloroformisation est évident.

Une femme fut surprise par les douleurs de l'enfantement dans la nacelle même du ballon captif des Tuileries. Il n'y a pas bien longtemps — au mois de juillet dernier — une femme accoucha en automobile sur un boulevard de Paris.

Ces quelques citations d'époques et d'auteurs variés font bien voir que les accouchements par surprise ont été connus dès les temps historiques les plus reculés, que de tout temps on a accouché par surprise. Si les travaux spéciaux sur ce genre d'accouchement sont rares, c'est que ces accouchements sont exceptionnels,

et surtout, le plus souvent, exempts de dangers. Il ne faudrait pas en conclure cependant que la question fût nouvelle, au point de vue scientifique. Si en effet, avant Klein, les accouchements par surprise n'ont pas été étudiés dans leur ensemble, en revanche les médecins légistes, comme aussi bien de nombreux auteurs, ont consacré à l'étude des complications qui surviennent d'ordinaire dans ces circonstances d'intéressants travaux. Nous citerons seulement le Dr Chevalier, qui publia en 1811 dans le *Journal de médecine chirurgie-pharmacie* une communication sur un accouchement inconscient, et le Dr Jourdain, qui donna en 1815 dans sa thèse deux observations sur des accouchements sans douleurs, dont l'un observé pendant son séjour à Wilna (Russie). Mauriceau en 1728, Velpeau en 1835 et tous les classiques à leur suite discutèrent la possibilité de tel ou tel cas d'accouchement par surprise, que la justice leur demandait d'élucider.

Le premier qui se soit livré sur les accouchements par surprise à des recherches spéciales est KLEIN. Il a publié en 1817 son étude sur 183 observations dans le livre intitulé : *Bemerkungen über die bisher angenommenen folgen des sturzes des kindes auf den boden bei schnellen geburten*. Puis en 1839 paraît à Würzburg la thèse de WEDEKIND *über sturzgeburten*.

Après un long intervalle de silence, en 1861, SEMMELWEIS publie *die Actiologie des puerperalfiebers bei den sturzgeburten*. Son œuvre est d'autant plus importante comme conclusions qu'il étudie des accouchements en pleine période préantiseptique. Les suites des cou-

ches de ses parturientes sont d'une grande importance, puisque les accouchées étaient laissées à la seule défense naturelle contre l'infection, comme dans les cas où les accouchées ne seraient pas assistées. La même année PANIS en France soutient devant la Faculté de médecine sa thèse : *Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience?*

Deux années plus tard HUGENBERGER décrit les endroits où les accouchements peuvent avoir lieu dans son *Rapport sur l'Institut de sages-femmes de la Grande-Princesse Hélène Pawlowna de Saint-Petersbourg*, 1863.

Puis REINHARDT, en 1871, étudie dans sa thèse 23 cas. Ce travail est important, parce que l'auteur nous donne les observations complètes, et parce que sur ces 23 cas, il n'a observé ni maladie grave, ni blessure consécutive.

En 1874 MATTHEI soutient sa thèse inaugurale devant la Faculté de Marbourg : *Ein beitrug zur Aetiologie des Puerperalfiebers*. Mais le plus important travail paru sur la question est celui de WINCKEL : *Ueber die bedenkung präcipitierter geburten für die Aetiologie des puerperalfiebers*, 1884.

En 1887 GRAF v. d. GOLTZ étudie dans sa thèse 37 cas d'accouchements précipités, survenus à Bâle et dans les environs, de 1867 à 1885. KOCH, KRASOWSKY (important, parce que, comme dit l'auteur, les cas étaient bien observés et les observations prises au début au moins par M. Bischoff lui-même), contribuent à l'étude de la question. Très important au point de vue médico-légal

est aussi l'ouvrage de FREYER : *Die ohnmacht bei der geburt, vom gerichtsarztlichen standpunkte*, Berlin, 1887. A. LAMARE soutient, en 1888, devant la Faculté de Médecine de Paris sa thèse : *De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical*.

Dans un article court, clair et complet (*in Deutsche medizinische wochenschrift*, n° 44, 30 oct. 1890, p. 768) PAUL STRASSMANN étudie les *accouchements précipités*, observés à la Clinique de Giessen.

Deux thèses paraissent ensuite en 1895, l'une de HÉRAUCOURT sur les *accouchements précipités* de la Maternité de Strasbourg, et l'autre de MOSER sur les *accouchements précipités* observés de 1892 à 1895 à la Maternité de Munich.

Enfin en 1898 paraissent deux travaux, l'un et l'autre très complets et très bien faits, le premier en Allemagne, de HELLIÄKE, sur les *accouchements précipités*, observés de 1889-1898 à la Clinique d'accouchements de Würzburg, le second en France de BONNEMAISON sur les *accouchements rapides et non surveillés, et leurs complications* (thèse soutenue devant la Faculté de Paris).

La thèse de Maurice COLIEZ (1899) sur les *accouchements inconscients* complète les études antérieures.

Dans ces trois ou quatre dernières années, l'attention des auteurs étant attirée sur le sujet, des observations très complètes sont publiées dans les périodiques, et ainsi les points en litige comme la rupture du cordon dans la chute, l'accouchement dans la posture debout, la fracture du crâne du nouveau-né dans la chute,

deviennent de plus en plus admis par les accoucheurs et les médecins-légistes. Nous considérerons notre tâche comme bien remplie si notre étude contribue, si peu que ce soit, à augmenter le nombre des partisans de ces accouchements, si rares en vérité, mais dont la réalité reste indiscutable. Nous espérons secourir par là quelques innocentes jeunes mères, que la justice humaine s'acharne à traiter en criminelles et en infanticides.

CHAPITRE II

Etiologie.

FRÉQUENCE. — Les accouchements par surprise ne sont pas trop rares, puisque Klein a pu en 4 années, de 1813 à 1817, faire réunir 183 cas, et que Winckel a fait ses observations sur 246 cas. Nous trouvons encore dans la thèse de Koch 37 accouchements par surprise, 23 dans celle de Reinhardt, 37 dans celle de Goltz, 22 dans celle de Moser et 47 enfin dans celle de Hellhake.

Hellhake, en comparant les accouchements par surprise observés à la Clinique d'accouchements de Würzburg de 1889 à 1898 avec la totalité des accouchements durant la même période obtient le chiffre de 1.25 0 0. Winckel de Munich, Hugenberg de Saint-Pétersbourg, Matthai de Hambourg, Kock de Stuttgart nous donnent à peu près la même moyenne.

Voici maintenant, à ce point de vue, la statistique de

la maternité de Lariboisière pendant la période du 1^{er} janvier 1899 à la fin de septembre 1903.

Accouchements en tout		Accouchements par surprise			
—		—			
En 1899	1797	dont	6	soit	0.33 0 0
1900	1204	»	12	»	0.99 0 0
1901	1857	»	13	»	0.70 0 0
1902	1540	»	18	»	1.168 0 0
1903	1030	»	17	»	1.65 0 0
Pendant les 5 ans	7428	»	66	»	0.888 0 0

Notre pourcentage se rapproche beaucoup de celui des auteurs précités. Et cette constance dans la fréquence des accouchements par surprise nous autorise, croyons nous, à dire avec Winckel que *les accouchements par surprise sont dominés par une loi causale*.

Causes des accouchements par surprise. — Nombreuses sont les causes invoquées par les différents auteurs pour expliquer les accouchements par surprise. Winckel, dans son ouvrage, p. 33, divise ces causes en huit groupes : 1^o Fortes douleurs, et comme conséquence l'accouchement précipité ; 2^o Multiparité et nulliparité ; 3^o Accouchements précipités antérieurs ; 4^o État morbide des accouchées ; 5^o Petit volume du fœtus ; 6^o Macération du fœtus ; 7^o Brièveté exceptionnelle du cordon ; 8^o Rupture de la poche survenant pendant la marche.

Goltz, en tenant compte de la classification étiologique de Winckel, ne fait intervenir la force des dou-

leurs comme cause des « accouchements précipités » que dans 4 cas sur 37 ; dans 18 cas il accuse la multiparité ; celle-ci accompagnée d'un état morbide expliquerait un autre des 37 cas ; puis le petit volume du fœtus et la multiparité réunis auraient produit un seul « accouchement précipité ». Enfin deux cas seraient dus à la multiparité combinée avec la macération du fœtus. Quant aux trois autres causes de Winckel : hérédité, brièveté du cordon, rupture de la poche pendant la marche de la parturiente, Goltz ne les retrouve pas dans ses observations.

Moser d'autre part fait remarquer qu'il ne peut attribuer aucun de ses cas soit à la macération du fœtus, soit à un état morbide de la mère, et il ajoute que sur ces 22 cas il n'en voit aucun qui aurait pu être provoqué par l'action d'une cause prise isolément.

Ces différentes causes, vraies en thèse générale, n'ont ni la même importance ni la même fréquence. Et quoique nous reconnaissons avec Moser que « dans la majorité des cas l'accouchement précipité est le résultat de la combinaison de plusieurs causes » (1), nous allons les passer en revue l'une après l'autre. Pour faciliter cependant notre tâche nous les diviserons — cette classification n'est point hors de tout reproche, nous le savons, mais elle nous semble la plus explicite — en deux catégories : 1^o causes prédisposantes et 2^o causes efficientes.

1. Moser : Sturzgeburten. *Inaug. Diss.* München, 1895.

I. — CAUSES PRÉDISPOSANTES DES ACCOUCHEMENTS
PAR SURPRISE.

Ces causes peuvent tenir soit du fœtus et des annexes, soit de la mère, soit de certaines circonstances peu ordinaires dans lesquelles l'accouchement a lieu.

1° *Causes fœtales.* — Nous rapportons ici l'étude de la présentation de l'enfant, du volume de celui-ci, des diamètres de la tête fœtale, du poids, du sexe, et de l'âge du nouveau né, enfin de la macération du fœtus et de la grossesse gémellaire.

Présentation. — Il est difficile d'avoir des renseignements, dans tous les cas, à ce sujet. On peut cependant le plus souvent faire un diagnostic rétrospectif, grâce aux déformations que subit la tête pendant son passage dans les voies génitales.

Winckel note 3 présentations seulement par le siège tandis que dans tous les autres (243) cas l'enfant s'était présenté par la tête (soit 98.61 0 0). Nous trouvons dans la statistique de Moser 21 sommets pour 1 siège, et enfin dans celle de Hellhake 45 présentations par la tête pour 2 par le siège. Dans les observations de Koch on ne relève aucune présentation par le siège.

A ce point de vue, nous n'avons de renseignements que pour 25 cas. La présentation par le sommet y figure 22 fois (88 0 0) et le siège y est représenté 3 fois (12 0 0). Cette fréquence de la présentation par le siège relativement plus grande chez nous que chez les auteurs précités n'est très probablement qu'apparente. En effet

nous manquons de renseignements dans 37 cas (les 4 autres sont des avortements), et selon toutes les vraisemblances la présentation par le siège faisait défaut, sans quoi on n'aurait pas omis de la signaler : la présentation par le sommet, plus banale, est plus sujette à l'omission.

Nous voyons donc que *la présentation la plus fréquente est celle qui est la plus favorable, c'est-à-dire la présentation par la tête*. Et puisque la présentation du sommet est la plus fréquente et la plus facile dans les accouchements ordinaires aussi, nous pouvons conclure que *la présentation de l'enfant par la tête est une condition très favorable, mais non une cause des accouchements par surprise*.

Grossesses et accouchements multiples. — On aurait cru, *à priori*, que l'accouchement par surprise de deux ou de plusieurs jumeaux fût impossible. Il n'en est rien, et les observations du Dr Brochin (1), celles de Reinhardt (2), de Goltz (3), de Strassmann (4), de Braun (5) en font foi. Il faut cependant bien dire que *les accouchements jumeaux par surprise sont exceptionnellement rares*. Aussi nous n'en trouvons aucun exemple ni chez Klein, ni chez Winckel, ni chez Moser, ni chez Hellhake. Nous n'en voyons pas non plus dans nos observations.

Cette rareté de grossesses jumeaux se terminant

1. Brochin : Accouch. de 2 jum. sans douleurs. *Gaz. Hop.* Paris, 1854, 3^e ser. n^o 30, p. 118.² — 2. Reinhardt : *Præcip. Geburten. Inaug. Diss.* Marburg, 1871. — 3. Goltz : *Præcip. Geburten. Inaug. Diss.*, Basel 1887. — 4. P. Strassmann : *op. cit.* — 5. Braun : *In Wiener Klinik* (chez Hoffmann Lehrb. d. Gericht. med. Wien., 1884, p. 752.

« par surprise » est due, d'après Winckel : 1° à ce que l'accouchement chez la majorité des primipares avec grossesse gémellaire se fait avec hésitation et 2° à ce que les mères porteuses de jumeaux se rendent plus tôt à l'hôpital par suite des souffrances qui sont plus fortes. Ce dernier argument est très soutenable, on voit, en effet, dans toutes les maternités, une fréquence relativement grande des grossesses gémellaires.

L'âge du nouveau-né, son sexe et son poids. — Il est évident qu'un enfant trop gros par rapport aux dimensions du bassin maternel est incompatible avec un accouchement par surprise. Mais le volume de l'enfant étant, aux exceptions près, représenté par son poids, celui-ci devient très important au point de vue du mécanisme de l'accouchement. Et comme d'autre part le poids de l'enfant est fonction de son âge intra-utérin et de son sexe, nous commencerons par étudier ces deux éléments.

Age intra-utérin du nouveau-né. — A ce point de vue nous trouvons :

Chez Moser (1).	. . .	1 cas de 6 mois lunaires.
—	. . .	3 cas de 8 mois —
—	. . .	7 cas de 7 mois —
—	. . .	10 cas à la fin du 10 ^e m. lun.
Chez Hellhake (2).	. . .	1 cas de 6 mois lunaires.
—	. . .	1 cas de 7 mois —
—	. . .	4 cas de 8 mois —
—	. . .	7 cas de 9 mois —
—	. . .	33 cas de 10 mois —

1. Moser, *op. cit.*, p. 8. — 2. Hellhake, *op. cit.*, p. 35.

Goltz (1) ne donne que 3 avortements sur 37 cas, savoir, une I pare, à la 24^e semaine ; une IV pare, à la 28^e ; une VIII pare, fausse couche au 2^e mois. Dans les observations de Koch, les prématurés sont représentés par 3 cas, dans celles de Hellhake, pas un seul. Winckel en compte 11 0/0, de 5 à 8 mois.

Pour nos 65 nouveau-nés (l'époque de l'accouchement, n° 25, étant inconnu), on a :

Garçons. — Filles

31 à terme (dont 16	14	1 mort)	} 47.69 0 0.
7 à 8 m. 1/2 (— 2	4	1 macéré)	
11 à 8 mois (— 5	5	1 mort)	
3 à 7 m. 1/2 (— 1	1	1 mort)	
6 à 7 mois (— 2	3	1 macéré)	
2 à 6 m. 1/2 (1 garçon mac., une fille mac.)			} 4.61 0 0.
1 à 6 mois (— mort, —)			
4 avortements de 4 mois à 5 mois 1/2.			6.15 0 0.

De ces statistiques, il ressort que les enfants *venus à terme* sont à peu près la moitié des cas observés, chez Moser comme chez nous, tandis que les prématurés de Hellhake ne constituent que le tiers de ses 47 cas, et que presque tous les enfants (33 sur 37) de Goltz sont nés à terme.

Nous ferons observer, d'autre part, que les mères étaient malades pendant la grossesse, au moins dans neuf de nos observations. Ainsi le macéré n° 17 et l'avorté n° 32, sont de souche syphilitique, la mère du prématuré n° 9 est tuberculeuse, la macération du n° 14

1. Goltz: *op. cit.*, p. 11.

est certainement imputable à l'albuminurie de la mère, les vomissements ne sont vraisemblablement pas étrangers à l'accouchement prématuré n° 43, non plus que le souffle systolique dans le n° 23. La bronchite a dû contribuer au moins dans le n° 2 à l'accouchement avant terme, et nous croyons que la persistance de la menstruation pendant la gestation (obs. 60), n'est pas sans reproche puisque l'accouchement se termina par un avortement de quatre mois. Par ce fait, que au moins dans le tiers de nos observations, il faut mettre en ligne de compte l'état morbide de la parturiente, l'importance de l'interruption de la grossesse comme facteur étiologique des accouchements par surprise est diminuée.

Nous pouvons donc conclure que *l'avortement et l'accouchement prématuré n'ont par eux-mêmes aucune importance concernant l'étiologie des accouchements par surprise, réserve faite, dans ces cas, pour le faible poids du fruit.*

Sexe du nouveau-né. — Dans la statistique de Goltz (p. 12) nous trouvons 12 garçons et 13 filles : le sexe est inconnu dans les douze autres observations ; dans celle de Koch 16 garçons et 21 filles. Nos enfants se partagent, au point de vue du sexe, comme suit :

Garçons (prématurés et à terme).	. . .	30
Filles — — —	. . .	30
Le sexe est inconnu dans :		} 6 cas
(Œuf complet deux cas		

Cette égalité des deux sexes dans les accouchements par surprise infirme — il est superflu de l'observer —

l'erreur d'Hippocrate qui prétend qu'une femme accouche plus facilement d'un mâle que d'une femelle. C'est plutôt le contraire qui est vrai, et cela grâce au poids plus faible des filles. Nous concluons que *si les filles prédisposent un peu aux accouchements par surprise, cela est dû plutôt à leur faible poids qu'à leur sexe.*

Poids du nouveau-né. — Goltz dit à ce propos : « ce n'est que dans très peu de cas que nous observons un poids supérieur à 3000 grammes. » Les enfants à poids inférieur de 3000 grammes dans les « accouchements précipités » observés par Koch (1) représentent 57 0 0 des cas qu'il a réunis, tandis que ceux de Winckel montent à 56 0 0. Chez Hellhake (2) nous trouvons 5 cas, c'est-à-dire 10,7 0 0, dans lesquels les enfants, tous prématurés du reste, pèsent entre 1000 et 2000 gr. et 25 autres, c'est-à-dire 53,2 0 0 où le poids varie entre 2000 et 3000 grammes. Enfin chez Heraucourt le nombre des enfants faibles tombe à 33 0 0. P. Strassmann affirme aussi que le poids des enfants dans les « accouchements précipités » est inférieur à celui des enfants ordinaires.

Quant aux enfants qui pèsent plus de 3000 grammes ils constituaient dans les observations de Hellhake 55,5 0 0.

Voici maintenant comment nos enfants se partagent au point de vue de leur poids à la naissance :

1. Koch : cité par Lamare, *Thèse, Paris* 1888.

2. Hellhake : *op. cit.*, p. 42.

Chez 11 sur 16 *garçons* à *terme* le poids varie de 3000 gr. à 3750 soit 68.75 0 0.

Chez 5 sur 16 *garçons* à *terme* le poids varie de 2700 gr. à 2900 soit 31.25 0 0.

Chez 9 sur 14 *filles* à *terme* le poids varie de 3000 gr. à 4150 soit 64.28 0 0.

Chez 5 sur 14 *filles* à *terme* le poids varie de 2720 gr. à 2920 soit 35.71 0 0.

Chez 2 prémât. *garçons* de 8 m. 1 2 le poids varie de 2280 gr. à 2950.

Chez 4 prémât. *filles* de 8 m. 1 2 le poids varie de 2450 gr. à 2770.

Chez 5 prémât. *garçons* de 8 m. le poids varie de 2140 gr. à 2800.

Chez 5 prémât. *filles* de 8 m. le poids varie de 2200 gr. à 2500.

Chez 1 prémât. *garçon* de 7 m. 1 2 le poids est de 2100.

Chez 1 prémât. *fille* de 7 m. 1 2 le poids est de 2000.

Chez 2 prémât. *garçons* de 7 mois le poids varie de 2150 gr. à 2350.

Chez 3 prémât. *filles* de 7 mois le poids varie de 1500 gr. à 2920.

Chez 1 prémât. *garçon* mort pendant le travail (7 m. 1 2) le poids est de 2000 gr.

Chez 1 prémât. *garçon* mort pendant le travail (8 m.) le poids est de 2300 gr.

Chez 1 prémât. *garçon* mort-né (6 m.) le poids est de 1315 gr.

Chez 1 prémât. *garçon* macéré (8 m. 1 2) le poids est de 2300 gr.

Chez 1 prém. fille macérée (6 m. 12) le poids est de 1420 gr.

Chez 1 prémat. fille avortement (5 m.) le poids est de 720 gr.

Chez 1 prémat. fille macérée (6 m.) le poids est de 1037 gr.

Chez 1 prémat. fille macérée (7 m.) le poids est de 1500 gr.

Chez 1 prémat. fœtus avorté (4 m.) le poids est de 320 gr.

Chez 2 prémat. œufs complets (4 et 5 m. 1,2) le poids varie de 480 gr. à 680.

(Le poids d'un enfant né à terme (n° 64) est inconnu).

En résumant notre statistique nous n'obtenons donc que vingt enfants nés à terme dont le poids est supérieur à 3.000 grammes (46.15 0 0); nous trouvons le chiffre élevé de 35 prématurés (de 4 à 8 mois 1,2) et 10 enfants à terme, soit 45 cas où le poids est inférieur à 3.000 grammes (6.24 0 0 de la totalité de nos cas).

Comme on le voit, chez nous, de même que chez les auteurs précités, sauf Héraucourt, les enfants faibles sont plus nombreux dans les accouchements par surprise que les enfants gros. Il ne faut pas cependant exagérer l'importance étiologique du poids de l'enfant dans les accouchements qui nous occupent. En effet, parmi les enfants faibles nous ne trouvons que 10 nés à terme, soit 22.22 0 0 seulement sur les 45 enfants faibles; et encore leur poids n'oscille qu'entre 2700-2920 grammes, tandis que les 35 autres enfants faibles sont des prématurés. Or nous avons déjà vu qu'au

moins pour le tiers des prématurés il faut faire intervenir, pour expliquer l'accouchement par surprise, l'état morbide de la mère, cause certaine de l'interruption de la grossesse. D'ailleurs les enfants gros ne sont pas plus rares dans les accouchements par surprise, puisqu'ils se rapprochent de la moitié (46.15 0 0 chez nous et 55.5 chez Hellhake). Nous ferons encore remarquer que dans un de nos cas (n° 31) l'enfant avait le beau poids de 4150 grammes.

Concluons que le *faible poids de l'enfant est une condition favorable, mais non indispensable à l'accouchement par surprise.*

Du reste, comme le fait remarquer Simpson (1) « le volume général du corps de l'enfant n'est pas au point de vue du mécanisme de l'accouchement aussi directement important que le volume de la tête elle-même ; c'est des dimensions de cette dernière que dépend surtout la facilité ou la difficulté de l'expulsion. » Nous allons donc aborder immédiatement l'étude du volume de la tête fœtale.

Dimensions céphaliques du fœtus. — Voici ce que dit à ce sujet Bonnemaïson (2) : « Nous avons pris avec le plus grand soin les mesures des diamètres céphaliques dans tous les accouchements — l'auteur fait allusion aux « accouchements rapides et non surveillés » — que nous avons pu recueillir, et nous avons constaté que dans quelques cas les diamètres pariétaux,

1. Simpson, cité par P. Budin. *Obst. gynec.*, p. 166.

2. Bonnemaïson : *Thèse de Paris*, 1898, p. 10.

occipito-mentionniers, occipito-frontaux et occipito-bregmatiques étaient augmentés ». Afin d'éviter l'ennuyeuse lecture des chiffres dont notre étude est encombrée, nous ne donnerons ici que les dimensions du diamètre sous occipito-frontal, celui qui est le plus important dans le mécanisme de l'accouchement. Ces dimensions ne sont indiquées dans nos observations qu'en 50 cas.

Nous trouvons dans nos accouchements par surprise :

I. — Chez 14 primipares.

Dans 1 cas (n° 22), enfant de 7 mois, SOF : 7.5 cm.

Dans 1 cas (n° 10), enfant à *terme*, SOF : 9.5 cm.

Dans 2 cas (n° 22-31), enfant de 8 mois, SOF : 9.6 cm.

Dans 1 cas (n° 18), enfant de 8 mois 1/2, SOF : 9.7 cm.

Dans 4 cas : (n° 49), 7 m. ; (19) 8 m. ; (43) 8 m. 1/2 ; (48), à *terme*, SOF : 10.

Dans 2 cas : (n° 28), 8 m. ; (35) à *terme*, SOF : 10.5 cm.

Dans 1 cas (n° 5), à *terme*, SOF : 11.5 cm.

Dans 1 cas (n° 7), 7 m., SOF : 11 cm.

Dans 1 cas (n° 12), à *terme*, SOF : 12 cm.

II. — Chez 36 multipares :

Dans 4 cas : (n° 53) 7 m. 1/2 ; (9) 8 m. ; (25) ? SOF : 9 cm.

Dans 1 cas (n° 61), à *terme*, SOF : 9.1 cm.

Dans 1 cas (n° 39), 8 m., SOF : 9.2 cm.

Dans 5 cas : (n° 3), 7 m. ; (52) 8 1/2 ; (11, 27, 33), à *terme*, SOF : 9.5 cm.

Dans 9 cas : (49), 7 m. ; (24.38), 8 m. ; (43), 8 1/2 ; (36.40.41.43.44), *à terme*, SOF : 10 cm.

Dans 6 cas : (n° 50), 8 m. ; (n° 7.8.13.16.26), *à terme*, SOF : 10.2 cm.

Dans 7 cas : (n° 58), 7 m. ; (29), 8 1/2 ; (n° 30.51.55.65), *à terme*, (n° 55), 8 m. SOF : 10.5 cm.

Dans 3 cas : (n° 21.47.54), *à terme*, SOF : 11 cm.

Dans 1 cas (n° 62), *à terme*, SOF : 12.5 cm.

Il résulte de ces chiffres que le diamètre céphalique fœtal SOF est plus petit chez nos enfants que dans les cas ordinaires où SOF : 11, et qu'il varie de 7.5 à 10.5 chez 11 enfants sur 14 ayant pour mère une primipare, et chez 32 sur 36 enfants de multipares. Nous devons constater cependant que SOF est petit parce que presque tous ces enfants sont des prématurés. Ainsi il n'y a d'une part que 3 enfants (10.48 et 35) *nés à terme* sur 11 enfants avec SOF faible et de mère primipare, d'autre part sur 10 enfants de multipares ayant un SOF qui varie de 9 à 9.5 il n'y a de *nés à terme* que 4. Enfin nous n'avons que 13 enfants à terme ayant pour mère une multipare, et dont le SOF mesurait entre 10 et 10.5 chiffre très rapproché de la normale SOF : 11.

En résumé, nous avons très peu d'enfants avec une petite tête où l'accouchement par surprise *puisse paraître* dû uniquement à la faible dimension céphalique. Nous disons *paraître*, parce qu'il n'est nullement prouvé que même dans ces cas la faible dimension céphalique à elle seule ait été la cause d'accouchement par surprise. Ex. l'enfant de l'observation n° 48. Quoique cet enfant soit né à terme, l'état grave de la mère pendant la gesta-

tion, les vagues symptômes d'alcoolisme qu'elle manifeste après l'accouchement ne sont certainement pas sans influence et sur le faible développement de l'enfant, et sur l'accouchement par surprise.

Nous pouvons conclure que la *faible dimension céphalique du fœtus tout en favorisant l'accouchement par surprise n'en est aucunement la cause primordiale.*

Macération du fœtus. — Winckel cite 12 enfants morts et macérés sur ses 216 cas d' « accouchement précipité », et il croit que ceux-ci sont favorisés par cet état du fœtus.

Sur nos 66 enfants, nous comptons 4 enfants morts et macérés (nos 4, et 34, âgés de 6 mois 1/2; n° 17, âgé de 7 mois et n° 14, âgé de 8 mois 1/2). Dans notre observation n° 4, il s'agit d'une II-pare qui a terminé sa première grossesse par un avortement de 3 mois, le travail pour l'accouchement du macéré dura 10 h. 15. Dans l'observation n° 34, il s'agit d'une I-pare; cette domestique âgée de 25 ans, présente de l'angine depuis 1 an et perd ses cheveux depuis cette époque; le placenta trop gros pour un fœtus de 6 mois 1/2 pèse 520 grammes; le travail dure 7 h. 12. La cause de la macération du n° 17 est des plus nettes: sa mère primipare est atteinte d'une syphilis secondaire en évolution, non traitée; ici le travail de l'enfantement dure 1 h. 12. Enfin la mère du n° 14 est une VI-pare qui a terminé sa première grossesse par un avortement; il est vrai que les 3 derniers enfants sont vivants; quant au deuxième il est mort au dixième jour après sa naissance. L'état de santé de cette mère pendant la gesta-

tion a été aussi chancelant : la main droite s'est paralysée 5 mois avant l'accouchement ; un mois après la face était atteinte par la paralysie, et enfin l'œil gauche voit trouble depuis un mois. Le mal de gorge très intense que l'accouchée avait éprouvé un mois durant, 60 jours avant l'enfantement, n'est pas dénué d'intérêt. L'accouchement se termina par surprise grâce au départ trop tardif pour l'hôpital.

De nos 4 observations, il résulte donc que la macération n'est pas le seul élément à faire intervenir pour expliquer les accouchements par surprise ; et que si *ceux-ci sont favorisés par l'état de macération du fœtus, c'est plutôt grâce au petit volume de l'enfant.*

2° *Causes annexielles.* — Nous étudierons dans ce groupe : la brièveté du cordon, la rupture de la poche des eaux et la quantité du liquide amniotique.

Brièveté du cordon. — Elle peut favoriser l'accouchement par surprise de plusieurs façons, que cette brièveté soit naturelle ou accidentelle, due à la présence des circulaires ou à des brides amniotiques. Supposons que le fœtus avec un cordon court fasse des mouvements trop violents, et qu'il se produise un décollement du placenta par tiraillement du cordon, l'hémorrhagie intra-utérine s'en suivra, d'où évanouissement possible de la mère. Si alors l'accouchement s'était déclaré, il aurait été dans les conditions des accouchements par surprise. Ou bien supposons que l'accouchement ait débuté normalement, et qu'au moment de l'expulsion du fœtus se produise un décollement du placenta, par tiraillement du cordon trop bref, etc., une hémorrhagie interne

survenant suivie de syncope, nous avons encore dans ces conditions un accouchement par surprise. Ces conditions se sont du reste réalisées dans l'observation de M. Maygrier, citée par Lamare dans sa thèse (1). Hellhake (2) donne encore une troisième possibilité d'accouchements par surprise favorisés par la brièveté du cordon. « Il se produit, dit-il, grâce à la brièveté du cordon, pendant l'accouchement, un tiraillement du placenta, et par l'intermédiaire de celui-ci, l'utérus tirailé lui-même, il en résulte de fortes douleurs d'enfantement qui accélèrent l'accouchement. »

Moser (3) cite une observation dans laquelle l'accouchement se termine après trois douleurs seulement, dans la station verticale et avec rupture du cordon. « Il paraît, dit-il, que l'« accouchement précipité » a été provoqué par le cordon qui était trop bref. »

Hellhake (4) nous donne une seule observation avec un cordon trop long (68 cm.) et trois avec brièveté du cordon. Mais il ajoute : « Je ne puis pas dire que dans ces trois cas l'« accouchement précipité » ait été provoqué par cette condition. Le fait serait cependant toujours possible. »

La longueur du cordon n'est indiquée que dans 51 de nos observations :

21 avec longueur normale dont 12 mesurent de 40 à 49 centimètres.

1. Obs. I (Lamare, *Thèse Paris*, 1888). — 2. Hellhake : *op. cit.* p. 47. — 3. Moser : *op. cit.*, p. 7. — 4. Hellhake : *op. cit.*, p. 68.

13 mesurent de 40 à 50 centimètres.

19 sont longs et mesurent de 52 à 78 centimètres.

3 sont très longs et mesurent 80 centimètres (n^{os} 18, 21, 63).

4 sont *courts* dont 2 de 35 centimètres (n^{os} 6, 35).

2 de 30 centimètres (41, 42).

1 cordon mesurant 40 centimètres faisait *double circulaire* autour du cou de l'enfant qui était à terme.

Dans nos 3 cas de cordon court nous n'avons observé ni rupture, ni hémorrhagie, ni syncope maternelle.

Nous concluons avec Winckel que si *le cordon peut être cause prédisposante des accouchements par surprise il n'en est sûrement pas la cause la plus essentielle.*

Rupture de la poche des eaux. — Plus la poche des eaux est résistante, plus la première période de l'accouchement se prolonge aux dépens de la seconde. Aussi le travail dure-t-il plus longtemps quand les membranes sont résistantes, et la femme est elle alors prévenue à temps de l'acte qui va s'accomplir, ce qui lui évitera toute surprise. Winckel croit que cette résistance de la poche des eaux est due à la qualité des membranes. P. Strassmann pense de même que « la minceur des membranes prédispose aux « accouchements précipités » : et il explique de la sorte cette prédisposition : dans les positions verticales, assise ou accroupie, que la parturiente prend pendant l'« accouchement précipité », le liquide amniotique s'écoule naturellement, complètement et rapidement, aussi bien que dans le décubitus. Il en résulte un contact rapide

et intense de l'utérus et du fœtus ; comme conséquence de ce contact intime apparaissent en peu de temps de fortes douleurs qui accélèrent l'accouchement. Eisenhart (1) considère également la rupture prématurée de la poche comme une prédisposition aux « accouchements précipités ». Il admet que la tête fœtale, devant seule produire l'ouverture puis la dilatation de l'orifice utérin presse sur le segment inférieur de celui-ci et que cette pression étant très douloureuse, provoque par voie réflexe de violentes douleurs d'enfantement et des efforts abdominaux qui mènent vers une accélération de l'accouchement. Alex Bayerthal (2) fait intervenir une prédisposition spéciale de la femme : ainsi il professe que l'état des membranes se maintient dans toutes les grossesses chez la même femme. Cet auteur cite à l'appui une très intéressante observation. Il s'agit d'une III paré qui a eu trois accouchements prématurés, et dans les trois délivrances les enfants apparurent à la vulve avec la tête coiffée par les membranes. Le premier accouchement avait duré 17 heures, la poche s'était rompue devant la vulve. La durée du deuxième était de 3 h. 14, la poche s'était rompue à la vulve, et enfin dans le dernier enfantement qui dura 3 h. 12 la poche fut percée par la tête.

Nous rappellerons ici quelques faits qui mettront au

1. Eisenhart: *Ueber ursachen u. folgen des eihæutrisser in verschied. seit punkten* (Archiv. f. Gynæk. Bd. 35, 1889).

2. Alex Bayerthal: *Ueb. geburten derselben fraune. Inaug. Diss. Giess, 1891, p. 43.*

point les opinions des auteurs précités sur l'importance étiologique de la rupture précoce des membranes pour les accouchements par surprise.

Dans 19 cas de Moser (1) l'enfant avait suivi immédiatement les eaux ; dans 2 cas seulement l'expulsion fœtale retarda d'une demi-heure, et enfin dans un dernier cas l'enfantement n'eut lieu que 4 heures après la rupture de la poche. Nous trouvons chez Goltz (2) que 12 fois seulement l'expulsion fœtale avait immédiatement succédé à la rupture de la poche, et dans 5 cas le temps écoulé entre la perte des eaux et l'enfantement varia de 1 heure à 2 jours. Les renseignements lui manquent pour les 20 autres cas.

Quant à Winckel il ne donne que 49 cas sur 216 dans lesquels la rupture de la poche précédât immédiatement l'expulsion du nouveau-né. Hellhake enfin publie 18 cas sur 32 — dans les 15 autres les renseignements lui font défaut, — où les eaux et l'enfant sont sortis ensemble, dans 7 cas l'enfant retarda de moins d'un quart d'heure, et dans les 7 derniers cas la naissance de l'enfant se fit de demi-heure à 6 heures après la perte des eaux.

Nos renseignements à ce sujet se bornent à 16 cas ; les voici :

Dans 2 cas l'enfant suit immédiatement les eaux, n° 40 primipare et n° 65, secundipare : dans ce cas-ci la tête est restée longtemps à la vulve, coiffée par les membranes.

1. Moser : *op. cit.*, p. 11.

2. Goltz : *op. cit.*, p. 12.

Dans 2 cas (n^{os} 58 et 59, III pares) l'intervalle entre la perte des eaux et la sortie de l'enfant est d'une 1 2 heure.

Dans 1 cas (54, III pare), cet intervalle est de 1 h.

Dans 2 cas (53, II p.; 57, I p.), cet intervalle est de 2 h.

Dans 2 cas (52, I p.; 26, VI p.), la rupture des membranes est *précoce*.

Dans 5 cas (1, VI p.; 13, II p.; 25, III p.; 52, III. p.; 56, II p.) la rupture des membranes est *tempestive*.

Dans 2 cas (n^o 45, II p. à 5 m. 1 2; n^o 60, IV p. à 6 mois) avortement *d'œuf complet*.

En résumant ces chiffres, nous constatons que la rupture de la poche précède immédiatement l'expulsion fœtale dans 86.38 0 0 des cas de Moser, dans 70.58 0 0 de Goltz, dans 56.25 0 0 des cas de Hellhake, dans 22.68 0 0 chez Winckel; chez nous, ces cas ne constituent que le 12.5 0 0 des observations avec renseignements. La rupture plus ou moins précoce des membranes ne se rencontre que dans 43.75 0 0 des cas chez Hellhake et chez nous, 29.41 0 0 chez Goltz, 9.09 chez Moser. Cette grande discordance des faits prouve surabondamment que la rupture de la poche est due à plusieurs facteurs, et que par conséquent ce sont ces derniers plutôt que la rupture elle-même qui peuvent compter pour quelque chose dans les accouchements par surprise. Ainsi d'une part les membranes résistantes combinées à un travail d'accouchement silencieux pendant la première période au moins prépareront la voie de l'enfant et aboutiront à un accouchement

par surprise; c'est ce qui est réalisé dans les observations de Moser, de Goltz, de Hellhake; d'autre part la minceur des membranes favorisant leur rupture précoce, mais combinée à des voies favorables, à un utérus irritable, à un tempérament nerveux de la femme peut prédisposer elle aussi à un accouchement par surprise. Mais si les membranes sont résistantes et se rompent tardivement, l'accouchement avance silencieusement et ce n'est qu'au dernier moment qu'une forte contraction utérine douloureuse ou non ou bien un effort abdominal survient, fait, par la tension exagérée du liquide amniotique, rompre les membranes, et le fœtus est balayé pour ainsi dire, emporté par les eaux qui jaillissent au dehors. C'est par un autre mécanisme, probablement celui invoqué par Strassmann, ou par celui de Eigenhart, que la minceur des membranes favorise l'accouchement par surprise.

Il est à noter encore que les primipares étaient chez Moser 6 sur 49 cas de rupture trop tardive de la poche, 5 sur 18 chez Hellhake, 11 sur 49 chez Winckel, 1 sur 2 dans nos observations. La rupture tardive des membranes n'est donc pas rare chez les primipares.

Avant d'abandonner cette question, nous mentionnerons le cas extrêmement curieux à tous les points de vue publié par Berthier (1). Il s'agit d'un enfant à terme expulsé dans ses membranes intactes, et à l'insu de la mère.

Liquide amniotique. — On admet en général que la

1. Berthier: *Ann. soc. méd. de Lyon*, 1850, 2^e série, p. 66-68.

grande quantité de liquide amniotique favorise les « accouchements précipités ». Nous trouvons cependant dans nos observations deux cas (61 et 66, secondipares) avec de l'oligoamnios. Notons encore que dans le n° 65 le liquide amniotique était teinté de méconium. Les renseignements sur ce point nous manquent pour les autres cas, nous ne pouvons, par conséquent, en tirer aucune conclusion.

3° *Causes maternelles.* — Les causes maternelles prédisposantes à l'accouchement par surprise sont d'ordre atavique, héréditaire, constitutionnel, physiologique, pathologique.

Races et civilisations. — Beaucoup d'auteurs soutiennent que les douleurs de l'enfantement sont faibles chez les femmes de race noire, et qu'elles sont au summum chez les blanches. Parmi celles-ci les paysannes accouchent plus facilement que les citadines. Chailly, Pouchet admettent que les accouchements difficiles sont fruits de la civilisation. Coliez qui partage cette opinion cite la curieuse observation de Short (1) : « Il traversait une place aux Indes, ayant devant lui 3 femmes indoues qui portaient des paniers. Tout à coup il vit l'une d'elles s'arrêter et à sa grande surprise aperçut à terre un enfant vivant. Il croit que la cause de cette rapidité anormale de l'accouchement est dans la largeur exagérée du bassin ». D'autre côté, les femelles à l'état

1. Short: *Obst. Transact.*, 1863, IV, (210. Chez Coliez, Th. Paris, 66).

sauvage accoucheraient sans douleurs, apprivoisées elles perdraient cette faculté.

L'opinion contraire est non moins bien défendue. Le Dr Felkin, qui a étudié les accouchements dans l'Afrique centrale, pays assez barbare, dit que les accouchements ne lui ont pas paru plus aisés que partout ailleurs. Witkowsky pense que « la contraction utérine est la même, mais que la paysanne habituée aux fatigues de la vie sauvage, aux travaux de la vie rustique, exhale des plaintes moins prolongées et moins intenses que la citadine délicate et nerveuse ». De ses recherches expérimentales sur la sensation douloureuse pendant et après l'accouchement, Schipora conclut que « les cris forts de la femme pendant l'accouchement souvent ne correspondent pas à l'intensité de la souffrance (1) ». Ce qu'il y a de sûr, c'est qu'on ne sait encore rien de positif à ce sujet.

Hérédité. — Caseaux admet (2) que l'hérédité exerce une manifestation sur la durée du travail. « Il n'est pas rare, dit-il, de voir le travail offrir toujours les mêmes caractères pendant trois ou quatre générations successives, et la mère, la fille et la petite-fille se faire remarquer par la lenteur ou la rapidité de leurs accouchements ». Auvard (3) affirme de même que, la durée de

1. N. N. Schipora : Recherches sur la sensation douloureuse pendant et après l'accouchement (*Journ. akousch i genskikh boliesn*, 1901, XV, 44. — 2. Caseaux, chez Tarnier, *Trait. art. accouch.*, t. I, 1882, p. 693. — 3. Auvard : *Traité pratique des accouchements*, 4 éd. 1898.

L'accouchement est, en l'absence de toute cause de dystocie, analogue à celle des accouchements de la mère ou de la grand'mère paternelle, suivant la ressemblance physique de cette femme avec sa mère ou avec son père ». Coliez (1) cite à l'appui de cette opinion les observations de Weil et de Mathai. L'existence d'une pareille influence est difficile à prouver, car il existe un grand nombre de causes accidentelles qui peuvent retarder ou précipiter l'accouchement.

Grossesses antérieures.— Les accouchements antérieurs dit Auvard (*l.c.*) peuvent renseigner sur la rapidité des ultérieurs, car toutes choses égales d'ailleurs, la durée de l'accouchement reste proportionnellement semblable chez la femme ». Goltz (2) fait également observer, d'accord en cela avec Winckel, que « la répétition des accouchements précipités » dans beaucoup de cas mène vers un accouchement précipité. « Du reste certaines femmes sont coutumières du fait, leurs accouchements précédents s'étant effectués sur la voie publique. Les exemples de cette prédisposition ne manquent pas. Qui ne sait la Canadienne de M. Tarnier, qui avait « l'habitude de *semer* ses enfants sans s'en apercevoir? M. Tarnier (3) cite encore d'autres cas. Quatre femmes de Reinhardt avaient accouché antérieurement de façon précipitée. Dans un cas de Moser aussi l'accouchement antérieur était « extraordinairement rapide ».

1. Coliez *op. cit.*, 66. — 2. G. Goltz, *loc. cit.* 19. — 3. Tarnier et Chantreuil : Tome IV, page 590.

A ce point de vue nous n'avons de renseignements que pour trois femmes. Chez l'une (n° 61) II pare, l'accouchement antérieur fut ordinaire ; chez une autre (n° 66) II pare, le premier accouchement fut « très rapide ». Notre troisième observation concerne une III pare, dont le premier enfant a mis 5 heures seulement à venir au monde, tandis qu'une heure et demie en tout a suffi au second. Nous considérons donc que *la prédisposition à l'accouchement par surprise existe en réalité, avec cette restriction qu'elle est rarement signalée.*

Bassin, Multiparité, Age. — De toutes les causes prédisposant aux accouchements par surprise et d'origine maternelle, les plus importantes sont celles qui concernent la configuration du bassin, la multiparité et l'âge de la mère. Toutes trois agissent sur le mécanisme de l'accouchement en concourant à offrir au fœtus une voie large et libre ou étroite et dangereuse.

Le bassin généralement large paraît au premier abord très favoriser les accouchements par surprise. D'après Pajot (1), Levret (2), Depaul (3), Dornh (4), qui ont bien étudié ce genre de bassin, celui-ci se rencontre surtout chez les femmes dont la stature est très développée. Or la femme étant plus forte, l'enfant sera aussi plus gros, ainsi l'accouchement se retrouvera dans les con-

1. Pajot : *Traité d'accouchement*, 1759. — 2. Levret : *Art. des acc.* 1766. — 3. Depaul : *Dict. Encycl.* art. bassin. — 4. Dornh : *Arch. f. gynæk.* 1884, p. 87.

ditions ordinaires. Quoique Portal ait cité un cas d'accouchement rapide avec bassin large où l'utérus fut tout entier chassé hors du vagin, Velpeau (1) pensait déjà « comme Mme Lachapelle que les inconvénients dus à l'excès d'amplitude du bassin ont été exagérés. » Mattei (2) de Corse publia deux observations d'accouchements par surprise. Dans l'une le bassin est rétréci, dans l'autre il est large : ce qui prouve le peu d'importance du bassin dans les accouchements par surprise. P. Strassmann (3) enfin montre avec observation à l'appui qu'un accouchement par surprise peut bien être favorisé aussi par un bassin rachitique plat. La tête luttant d'abord contre le promontoire saillant progresse lentement, la première partie du travail est longue : mais une fois la tête descendue dans l'excavation elle peut parcourir le restant de la voie génitale avec promptitude, et donner lieu de la sorte à un « accouchement par surprise », ce qui aurait lieu si la grossesse avait été ignorée ou si les premières douleurs de l'enfantement avaient été mal interprétées.

La *multiparité* est considérée par certains auteurs comme un facteur de grande importance dans les accouchements par surprise. Il est en effet évident que la filière pelvi-génitale se prêtera d'autant plus facilement à une expulsion rapide de l'enfant qu'elle aura été plus souvent dilatée et rendue ainsi plus élastique. Du reste Ade-

1. Velpeau : *Traité compl. d'accouchement*. Paris II, éd. 1835, t. II. — 2. Mattei : *Gaz. Hôp.* Paris, 21 mars 1854, n° 23, 3^e série, p. 86. — 3. P. Strassmann : *Op. cit.* 696.

lon (1), Hofmann, Fritsch, à l'opposition de Winckel, trouvaient un travail court dans les « accouchements précipités » plus fréquemment chez les multipares que chez les primipares.

Cependant Coliez (2) fait remarquer que le plus grand nombre des accouchements inconscients concerne des primipares, ce qui s'explique par ce fait qu'elles peuvent plus facilement ignorer les signes d'une délivrance prochaine ou ne pas les rapporter à leur véritable cause. « L'opinion de Coliez est raffermie par les conclusions que Schipora (3) tire de ses observations expérimentales : « la multiparité de la femme ou sa primiparité n'a aucune influence sur la sensibilité douloureuse. »

Enfin les statistiques anciennes comme les récentes détruisent complètement l'opinion des anciens, qui voulaient faire de la multiparité l'apanage exclusif des accouchements par surprise.

Les statistiques de Reinhardt (4) Winckel et Koch, celles de Moser, Goltz, Hellhake, ainsi que la nôtre montrent en effet que les primipares entrent pour un très grand nombre dans les accouchements par surprise. Mais ce qui est plus important encore, c'est que d'un côté nous trouvons chez tous les auteurs une fréquence considérable de primipares et de secondipares ; en sorte que la somme des primipares et des secondipares dans

1. Adelon : *Ann. Hyg*, 1855, IV, 453. — 2. Coliez : *op. cit.*, 61. — 3. Schipora : *op. cit.*, 444. — 4. Lamare : *loc. cit.*, p. 89.

les « accouchements précipités » monte à 64,86 0 0 chez Goltz ; 66.66 0 0 chez nous même, 77.28 chez Moser ; 79.6 chez Winckel et 80.9 chez Hellhake. D'autre part, les secondipares sont plus nombreuses que les primipares dans les statistiques de Reinhardt, Koch, Heraucourt, Winckel, Moser et Goltz. Chez Hellhake (44.7 0 0 de I pares pour 36.2 0 0 de II pares) et chez nous (34.83 0 0 I pares, 31.81 0 0 II pares) le nombre des I pares, dépasse un peu celui des II pares.

STATISTIQUES DE REINHARDT, WINCKEL ET KOCH.

Multiparité	Accouchements précipités			Accouchements ordinaires		Moyenne des accouchements	
	Reinh. 33	Winck. 212	Koch 37	Winck.	Koch	Pré- coces	Ordi- naires
Primipares ..	26	28.7	20.7	51.5	47.7	25.1	49.6
Secondipares.	47.8	46.3	35.1	27.9	29.8	43	28.8
Multipares...	26.2	25	20.6	20.6	22.5	28.8	21.5

STATISTIQUES DE MOSER, GOLTZ, HELHAKE, et la nôtre :

Multiparité	Accouchements par surprise chez les								
	I pares	II p.	III p.	IV p.	V p.	VI p.	VII p.	VIII p.	IX p.
Moser (22 cas) ..	8	9	4	0	1	0	0	0	0
Goltz (37 cas) ..	11	13	3	7	1	0	1	0	1
Hellhake (47 cas)	21	17	5	2	0	0	1	1	0
Notre stat. (66 c.)	23	21	10	5	2	3	0	1	1

Nous pouvons donc conclure que la nulliparité est plus favorable que la mulliparité aux accouchements

par surprise, et que si les secondipares l'emportent sur le reste, cela doit probablement venir de ce fait que la voie pelvi-génitale, tout en étant préparée par le premier accouchement, celui-ci n'a pas suffi à détruire la contractilité utérine par distension, ce qui arriverait avec les grossesses fréquemment répétées, et de ce que les femmes jeunes pour la plupart sont encore capables de pousser vigoureusement.

L'âge avancé de la parturiente a été considéré comme un facteur défavorable aux accouchements par surprise. Et cela serait surtout vrai pour les *primipares âgées*, chez lesquelles le col utérin serait atteint de rigidité, et prolongerait le travail. Nous ferons cependant observer que certains faits contredisent l'opinion classique. Hellhake (p. 30) constate en effet que diverses de ses primipares sont relativement âgées : la primipare n° 7, par exemple, est âgée de 38 ans ; celle du n° 22 est en sa 37^e année ; le n° 37 approche de 42 ans.

Quant à l'âge de nos femmes, voici comment on les peut répartir :

Ont 4 femmes 18 ans.			Ont 3 femmes 29 ans.		
1	—	19	2	—	30
5	—	20	4	—	31
3	—	21	5	—	32
4	—	22	2	—	33
5	—	23	2	—	34
4	—	24	2	—	36
3	—	25	4	—	37
3	—	26	1	—	38
2	—	27	1	—	39
4	—	28	1	—	41

Dans un cas l'âge de la femme est inconnu.

Nous trouvons 4 I pares de 18 ans, 4 de 20, 5 de 22, et enfin comme primipares relativement âgées nous pouvons donner les n^{os} 5 et 45 (24 ans), n^{os} 34 et 44 (25), 41 et 63 (27), 18 (34). Les secundipares sont âgées de 18 à 37 ans.

Cette grande variation dans l'âge de nos accouchées nous permet de dire que *l'âge de la parturiente n'a pas en général d'influence sur les accouchements par surprise.*

Utérus et périnée. — Dans l'observation n^o 12 de Goltz (1) l'orifice utérin avait été ouvert et permettait l'introduction de deux doigts avant tout travail. Chez une autre accouchée (n^o 13) du même auteur « l'orifice utérin était comme un entonnoir largement ouvert avec d'épaisses lèvres ». Il avait encore constaté que « le périnée n'était pas particulièrement résistant » chez la parturiente n^o 35. Ces conditions concernant la boucle que le fœtus devait traverser étaient probablement prédisposantes aux « accouchements précipités ». Cette boucle se laisserait dilater par le seul poids de l'enfant, mais il faut toujours admettre même dans ce cas, l'existence des contractions utérines éveillées par la tête pressant sur la matrice.

Enfin Naegle et Grenser (2) admettent d'autres causes prédisposantes et dépendant de l'utérus lui-même. Tels seraient, suivant ces auteurs, le développement excessif du muscle utérin, l'irritabilité trop grande de

1. Goltz, *loc. cit.*, p. 18. — 2. Naegle et Grenser : *Trad. fr.*, 1880, p. 631.

la puissance contractile de la matrice. Celle-ci aboutirait, suivant Vigand, à un état de tétanisation irrésistible.

Tempérament. — On admet en général, que le travail lent se présente soit chez la femme nerveuse, jeune, I pare, soit chez celles qui sont d'une constitution délicate, faible et lymphatique. Mais celles ci « dont la sensibilité n'est que très peu développée, souffrent à peine, bien que la matrice se contracte avec force (1). » Dès que les contractions acquièrent une certaine énergie, l'accouchement se termine, en général, avec une rapidité très grande et qui contraste avec sa lenteur, durant la première période.

« Il faut se rappeler, dit Tarnier (2), que la névralgie lombo-abdominale symptomatique des lésions utérines ou des modifications que les organes génitaux subissent pendant le travail, est directement influencée par la susceptibilité nerveuse de la femme, et varie beaucoup avec elle ».

Profession. — Parmi les accouchées de Goltz (p. 31), nous trouvons 17 femmes de chambre, 11 ouvrières d'industries, trois bonnes, une cuisinière, une couturière, une cultivatrice, une commerçante, une voyageuse. Hellhake (p. 10) dit qu'un certain nombre de ses accouchements se sont terminés pendant que la parturiente était prise par ses occupations journalières.

Quant à nos accouchées, elles sont pour le plus grand nombre couturières (12), domestiques (bonnes) (11),

1. Velpeau : *L. c.*, p. 452. — 2. Tarnier et Chantreuil : 1882, I, 592.

ménagères (8), journalières (2), cuisinières (3). Les autres métiers sont plus rares, nous n'avons que : 1 allumettière, 1 talonnière, 1 sucrière, 1 typographe, 2 blanchisseuses, 3 lingères, 2 cartonniers ; puis encore 1 polisseuse, 2 femmes de chambre, 7 marchandes, 3 cultivatrices, 1 corsetière, et 4 femmes sans profession.

Etat social de la femme. — Nous trouvons, dit Goltz, l'« accouchement précipité » presque seulement chez les femmes et chez les filles-mères sans fortune, chez les femmes et filles mères faisant des travaux durs, et qui restent sans soins nécessaires ni nourriture.

Etat morbide de la femme. — Nous ne parlerons pas ici des états morbides qui sont une conséquence de l'accouchement lui-même. Les maladies qui peuvent atteindre la femme pendant la gestation et influencer l'accouchement ne sont pas de la même importance pour celui-ci. Nous les diviserons en deux grands groupes suivant que la femme perd conscience, ou sensibilité, ou bien conserve son intelligence et ne présente pas d'analgésie. Le premier groupe sera étudié plus loin : nous ne nous occuperons pour le moment que du dernier.

Nombreuses sont les *maladies avec conservation de la conscience et de la sensibilité* que les différents auteurs ont fait intervenir pour expliquer les « accouchements précipités. »

Levret (1) pense que ce sont surtout les femmes grosses, sujettes à des *flueurs blanches*, qui accouchent

1. Levret : *Art. des accouchements*, 1873, p. 92.

précipitamment. D'autres auteurs ont considéré les femmes *dysménorrhéiques* comme sujettes à cet accouchement. Goltz (1) proclame après Winckel que la *phthisie pulmonaire*, l'*entérite fébrile*, la *bronchite chronique* prédisposent le plus habituellement aux accouchements précipités. »

Les maladies aiguës, *scarlatines*, *rougeoles*, *fièvres typhoïdes*, de la parturiente, disent Hellhake (p. 48) et Lamare (p. 88) peuvent causer les accouchements précipités comme les accouchements prématurés. Il n'est pas rare en effet de voir qu'après une forte fièvre de la parturiente, si cette fièvre n'a pas pour cause une maladie des organes génitaux, l'action des douleurs soit exceptionnellement forte. Winckel a observé 12 cas, et Héraucourt n'en a vu qu'un, où l'accouchement précipité se soit terminé au cours d'une maladie aiguë.

Au point de vue de l'état morbide, nos parturientes se partagent ainsi : 18 I pares et 16 II pares n'ont jamais été malades, non plus que sept III pares, une IV pare, une V pare, une VI pare, une VIII pare ; tandis que parmi les 15 femmes malades nous trouvons 1 cas (n° 9 III p.) de tuberculose, 1 cas (n° 60, IV p.) de menstruation persistante, 1 (n° 2, III p.) de bronchite, 1 (n° 50 II p.) d'ulcère variqueux, 3 (n°s 14, VI p., 36, IV p., 58 III p.) d'*albuminurie* 1 (n° 14, VI p.) de paralysie de la main, de la face et de l'œil, 2 (n°s 17, I p. ; 32, II p.) de syphilis secondaire en évolution, 2 (n°s 23, 34, I pares), avec du souffle systolique, 3 enfin (n°s 42, I p., 61, II p.,

1. Goltz : *Op. cit.* 13.

59, III p.) de vomissements. Les renseignements nous manquent dans 6 observations.

Nous sommes, à ce sujet, en désaccord avec les auteurs précités. Nous rencontrons, en effet, le plus fréquemment, l'albuminurie et les vomissements. Vient ensuite les souffles cardiaques et la syphilis. Quant à la tuberculose et à la bronchite, qui, pour Winckel et pour Goltz sont les plus fréquentes, elles se placent en dernier lieu.

4^e *Circonstances diverses.* — Nous rapporterons ici l'influence du climat et des saisons, la marche et la position de la femme.

Climats et saisons. — Otto Spilberg (1) de Breslau prétend qu'en été les « accouchements rapides » sont plus nombreux qu'en hiver. Goltz (p. 10), trouve 18 accouchements précipités pendant l'été et 19 pendant l'hiver.

Nos femmes ont accouché : 3 en janvier, 6 en février, 12 en mars, 15 en avril, 7 en mai, 5 en juin, 3 en juillet, 5 en août, 2 en septembre, 1 en octobre, 2 en novembre, 2 en décembre. Nous ferons remarquer que nos chiffres sont faussés par ce fait que le service de la maternité de Lariboisière ferme presque chaque année pendant quelque temps.

Certains auteurs ont prétendu que la rapidité de l'accouchement est influencée par le climat. Il n'y a rien de certain à ce sujet.

La **marche** favoriserait les accouchements par sur-

1. O. Spielberg : *Lehrb. d. geburtshülfe*, 1882, p. 130.

prise en accélérant le travail. Cette opinion paraît prouvée par la coutume obstétricale dans la province d'Astrakan (Russie). Dans ce pays on fait marcher sans relâche la parturiente pendant la première période du travail, et on ne lui permet de s'asseoir sur le plancher, les bras appuyés sur deux sièges ou deux trones d'arbres, qu'au dernier moment (1). Nous ne savons pas cependant que le procédé soit répandu, ce qui démontre mieux que tout raisonnement son peu d'efficacité. Du reste les accouchements ne sont pas plus rapides dans cette province que partout ailleurs. Cette pratique ne peut que nuire à l'accouchement. D'après les recherches de Giesbach et de Warmod (2) « l'épuisement influe sur l'abaissement de la sensibilité douloureuse ». Mais si l'on obtient un peu d'insensibilité, celle-ci, loin de rendre l'accouchement plus rapide, le prolonge, la femme ne pouvant plus pousser, épuisée qu'elle est par la marche, les douleurs pénibles et l'insomnie.

La pratique dahoméenne (3), qui empêche la parturiente de soulager ses souffrances par des cris, et la contraint ainsi de se débarrasser au plus vite de la cause de ses vives douleurs, en poussant énergiquement, nous démontre combien l'expérience populaire craint les efforts non utilisés, et prouve que c'est le repos qui favorise la rapidité de l'accouchement en ménageant les efforts de la femme et en permettant à celle-ci de pous-

1. Witkowsky : 343. — 2. Cité par Schipora (p. 444). —

3. Blin : Un accouchement au Dahomey. (*Ann. Hyg. Méd. Colon*, 1901, IV, 134).

ser plus vigoureusement et non pas la fatigue qui est l'effet de la marche et qui au contraire prolonge le travail.

Goltz donne deux cas, « d'accouchements précipités » pendant la marche.

Nous ne pouvons vraiment pas invoquer notre cas n° 66 en faveur de cette cause. Le travail en effet avait été déjà bien avancé avant que la parturiente se soit mise à marcher.

Les *secousses en chemin de fer* pendant le voyage accéléreraient le travail selon certains auteurs.

Parmi nos parturientes il y en a 3 (n°s 3, 8, 13) qui ont accouché en chemin de fer, et 3 autres (n°s 58, 61, 66) ont enfanté à leur descente du train.

Observons cependant que dans tous ces cas le travail avait déjà débuté avant que la femme ne fût exposée aux secousses en question : celles-ci ont-elles pu contribuer à accélérer l'accouchement ? C'est possible. Nous noterons en tout cas que les parturientes n'ont pas éprouvé de douleurs notablement et rapidement plus vives pendant le voyage.

Position. — La question de la posture de la femme au moment de l'accouchement est très importante. Nous l'étudierons plus loin ; nous nous bornerons à l'envisager ici au point de vue étiologique.

Certains auteurs pensent que la station verticale, assise ou accroupie prédisposent aux « accouchements précipités ». Dans ces attitudes l'écoulement des eaux se fait avec promptitude ; elles favoriseraient aussi la pression de la tête fœtale sur le périnée, d'où dilata-

tion plus rapide de celui-ci et accélération du travail.

Six de nos parturientes ont accouché dans ces positions anormales, savoir le n° 61 en marchant, le 51 en s'accroupissant, le 12 pendant ses occupations journalières, le 47 dans la rue, le 66 debout dans le couloir de la Maternité. Remarquer que dans tous ces accouchements la marche du travail était dès le début relativement rapide, et que les parturientes n'avaient pris ces positions que tout à fait au dernier moment. Par conséquent ces attitudes n'ont certainement pas exercé grande influence sur la marche de l'accouchement.

II. — CAUSES EFFICIENTES OU PAR TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX.

Toutes les causes qui ont été invoquées pour expliquer les accouchements par surprise et que nous avons passées en revue plus haut ne sont pas les plus importantes. Au contraire, elles ne sont que les conditions favorables, ou quelques-unes même indispensables, mais les unes et les autres nullement suffisantes.

Dans les accouchements par surprise comme dans les accouchements ordinaires la cause efficiente de l'enfantement c'est la contraction utérine. Cette contraction présente, entre autres caractères, celui très important de la douleur. C'est la douleur seule qui annonce à la femme le début du travail comme aussi son progrès.

Elle est tellement importante que, dans le langage usuel, « en douleurs » signifie « en travail d'enfanter ». Dans la majorité des accouchements les douleurs sont bien caractéristiques et presque constantes ; quelquefois cependant elles sont modifiées. Sous quelle influence ? Nous ne le savons pas. Mais un fait est indéniable : quoique très rarement, les douleurs de l'enfantement peuvent subir des modifications, qui portent soit sur l'intensité, soit sur le rythme, soit sur le moment d'apparition. Ainsi quand ces douleurs sont faibles ou absentes la femme n'est pas prévenue qu'elle est en travail, et elle accouche à son insu. Si les douleurs sont d'un rythme et d'une intensité non typiques la femme se méprend sur leur caractère, et sans se douter qu'elle va accoucher se dispose à satisfaire des besoins illusoires, qui s'accomplissent habituellement dans des circonstances dangereuses pour l'enfant.

La cause principale, presque unique, on peut le dire, des accouchements par surprise, réside donc dans ce fait que *la femme ne sait pas qu'elle est en imminence d'accoucher, ou qu'elle se rend compte trop tard*. Dans quelques cas seulement, et très rares, la cause est *indépendante de la femme* ; c'est quand *l'accouchement est provoqué et accéléré à la fois par une cause qui agit sur le système nerveux central* ; c'est quand *la femme est arrêtée en route par une circonstance imprévue* (manque de trains, difficulté des communications, etc.).

Après avoir étudié : 1° les *accouchements par surprise dus à l'altération de la douleur* d'enfantement, nous parlerons : 2° des cas *provoqués par l'irritation psychi-*

que etc., et nous terminerons par les accouchements devenus par surprise par une **cause indépendante de la femme**, *et qui sont en rapport avec l'assistance de la maternité.*

Accouchements par surprise dus à l'altération de la douleur.

L'ignorance où est la femme de son état peut se voir dans deux ordres de circonstances : 1° quand la femme est privée de sa conscience ou de sa sensibilité, ou bien : 2° quand la femme est en pleine connaissance.

I. — ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE CHEZ DES FEMMES PRIVÉES DE CONSCIENCE OU DE SENSIBILITÉ.

Les états dans lesquels une femme peut se trouver privée de la conscience ou de la sensibilité, et accoucher dans ces conditions sans le savoir sont assez nombreux. Tel est tout d'abord l'état de *sommeil naturel*, puis vient le *sommeil artificiel* produit soit par l'action d'un *narcotique* (chloroforme, éther, morphine, etc.), soit par une *action psychique* (fascination, suggestion, hypnotisation, etc.). Mais l'absence de conscience ou l'analgésie se rencontrent le plus souvent dans les divers *états morbides*. C'est pourquoi les accouchements inconscients se rencontrent avec le plus de fréquence dans les états pathologiques avec perte de conscience.

Nous rattachons enfin à ce chapitre l'état de *mort de la mère*, pendant lequel l'accouchement est également possible.

A. — *Accouchement surprenant la mère pendant le sommeil.* — Il est difficile à la raison humaine d'admettre qu'un accouchement, si pénible dans les conditions ordinaires, puisse avoir lieu pendant le sommeil. Hohl (Lehrb. p. 403) tranchait la question en disant : « les douleurs réveillent ». Strassmann (p. 969) fait observer cependant que les douleurs ne réveillent que « presque trop tard », et il s'appuie sur l'observation que voici, une I pare, âgée de 21 ans, avec un bassin plat rachitique, avait bien dormi jusqu'à 10 heures du soir, comme les autres personnes de la salle de travail. Au réveil, cette femme éprouva de très fortes douleurs d'enfantement. On pratiqua aussitôt le toucher, la dilatation était complète, la tête haute au détroit supérieur et la poche des eaux intacte. Il survient soudainement une douleur qui rompit subitement les membranes, et tout de suite l'enfant qui pesait 2550 grammes fut expulsé.

Devergie, tout en admettant la possibilité de l'accouchement pendant le sommeil, le croyait exceptionnel.

Weil (1) publia une observation où l'enfantement eut lieu pendant le sommeil. Schultz fait remarquer à cette occasion que la femme avait le sommeil très dur et que c'est seulement la dernière douleur qui a stimulé un

1. Weil : *Gaz. méd. Strasbg.* 1881, p. 101.

besoin de miction, et l'a tirée de son sommeil. A noter aussi que la mère de cette femme avait accouché dans les mêmes conditions.

Panis (1), Tarnier, etc., ont rapporté plusieurs observations de ce genre. Très intéressante est surtout l'observation de M. Tarnier (2), dans laquelle la femme accoucha pendant qu'elle dormait : ce furent les cris de l'enfant qui révélèrent sa naissance.

Dans une des observations de P. Dubois (3), une Ipare de 22 ans se réveilla à minuit, et se sentant mouillée crut qu'elle avait uriné : le tête était à la vulve. Quoique primipare elle avait donc traversé la « période de désespoir » (Charpentier) sans s'en apercevoir. Dans une des observations de Montgemery, citée par P. Dubois, la femme d'un lord d'Angleterre accoucha pendant son sommeil. Ce fut son mari qui couchait avec elle qui s'en aperçut en sentant dans le lit les mouvements d'une troisième personne (le nouveau né) et qui réveilla sa femme.

La femme peut donc accoucher pendant son sommeil soit qu'elle ignore complètement cet acte, comme dans l'observation de M. Tarnier, soit qu'elle n'ait conscience qu'au réveil de l'expulsion fœtale qui la surprend, comme dans l'observation de P. Strassmann.

B. — *Accouchements surprenant la femme.* — 1) *Pendant le sommeil alcoolique.* — L'ivresse peut être certainement la cause d'un accouchement inconscient. Les

1. Panis : *Thèse* Paris, 1861. — 2. Tarnier, Chantreuil et Budin : *Art. des accouchemts*, 590. — 3. P. Dubois : *Leç. Clin. (Gaz. Hôp., 1854. L. III, n° 27.3. S. p. 105.)*

observations de Panis, de Danneux (1) et de Clay (2) en font foi.

2). *Pendant le sommeil narcotique.* — Les accouchements inconscients dans cet état ne sont plus contestés depuis l'emploi du chloroforme et de l'éther en obstétrique.

3). *Pendant le sommeil hypnotique.* — On a publié beaucoup d'observations d'accouchements inconscients dans ces conditions. C'est Lafontaine de Genève, Pritzel (3), Fauconnet, Dumontpallier (4), Mesnet (5), Thomas (6) qui ont publié les premières observations. Puis vinrent celles de Auvard et Varnier (7), de Porak (8), de Luys (9), d'Oui (10), de Fanton, de Grandchamp (11) de Kingsburg (12), de Voisin (13), de Mme Dobrowsky, etc. (14).

On a depuis essayé d'ériger l'hypnotisation en méthode d'insensibilisation, mais le nombre des succès a été considérable. Il est aisé de voir, dit Charpentier (15), que l'échec a tenu surtout à ce que le nombre des sujets réfractaires à l'hypnotisme dépasse de beaucoup

1. Danneux : *Cité Dict. de soc. méd.*, t. XXXI). — 2. Clay : *In Lancet*, 184. — 3. Pritzel : *Wiener med. wochenschrift* ; Nov. 85. — 4. Dumontpallier : *Gaz. Hôp.* 87, p. 234. — 5. Mesnet : *Rev. Hypn.* 1887 ; *Gaz. Hebd.* 1887, p. 706. — 6. Thomas : *Elém. méd. suggest.*, p. 303. — 7. Auvard et Varnier : *Ann. Gynéc.* 1887, p. 363. — 8. Porak : *Thèse Léonard*, p. 87. — 9. Luys : *Gaz. Hôp.* 1891. — 10. Oui : *Ann. Gynéc.* 1891. — 11. Grandchamp : *Gaz. hôp.* 89, p. 857. — 12. Kingsburg : *Rev. hypnot.* 1891, p. 298. — 13. Voisin : *Id.* — 14. Mme Dobrowsky : *Id.* — 15. Charpentier : *Traité prat. d'accouch.* 89, 2^e éd.

celui des sujets d'élection. « Le fait qu'il faille en général commencer à s'en servir en pleine période de douleurs progressivement croissantes, et la nécessité d'un homme de l'art pour pratiquer l'hypnotisation contribuent aussi à l'insuccès de la méthode. Auvard conclut cependant que « l'hypnotisme est peu praticable, mais recommandable ».

Quoique certains auteurs prétendent que l'accouchement inconscient pendant le sommeil hypnotique, en dehors des hystériques, soit impossible, les observations qui prouvent le contraire ne manquent pas. Il est admis en général qu'on peut arriver à l'insensibilisation en entraînant la femme, c'est-à-dire en l'hypnotisant plusieurs fois avant l'accouchement. Quoique rares, les observations où la femme accouche inconsciemment sous l'influence de l'hypnotisation, sans entraînement préalable, existent pourtant aussi. Et Auvard (1) qui a fait une étude approfondie de la question, dit : « Peut-être atteintes de somnambulisme provoqué, pourraient-elles accoucher dans une de leurs crises, ainsi s'expliqueraient certains faits d'accouchements pratiqués pendant le sommeil, et à l'insu de la parturiente, étonnée au réveil de se trouver accouchée. »

C. — *Accouchements chez les femmes sans connaissance, cela consécutivement à un état pathologique.* —
1^o *Léthargie.* — La léthargie ressemble au sommeil, et pendant cet état, la femme est privée de conscience. Dans ces conditions, elle peut accoucher à son insu.

1. Auvard : *Travaux d'obstétrique.*

L'observation de Schultze, citée par Coliez dans sa thèse (page 14), en fait foi.

2° *Evanouissement et syncope.* — On a observé de nombreux cas d'accouchements inconscients terminés dans ces conditions. La syncope peut durer pendant tout le temps de l'accouchement; et celui-ci est alors complètement inconnu de la parturiente. Elle peut aussi survenir seulement à la fin de l'accouchement, c'est le cas le plus fréquent, et alors l'accouchement reste en partie du moins inconscient; le fœtus surtout a à souffrir dans ces conditions, puisque la mère est hors d'état de lui fournir les soins indispensables.

Depaul (1) et Maygrier (2) ont observé des femmes accouchées pendant un évanouissement et qui ne se doutaient pas de leur état : elles ignoraient tout ce qui s'était passé pendant l'opération; c'est seulement quand elles reprenaient leurs sens, que la présence de l'enfant le leur révélait.

Nous pouvons ajouter à ces deux faits notre observation n° 58. Il s'agit d'une III^e pare. Au moment de monter en wagon, notre accouchée se sentit soudainement en faiblesse, et en fit part à une compagne. Celle-ci la rassura sur son état en lui disant qu'elle allait probablement accoucher; puis la parturiente s'évanouit et perdit toute conscience. C'est au réveil, quand la paysanne qui l'avait assistée lui présenta l'en-

1. Depaul : *Journ. Sag.-Fem.*, 1882, p. 2. — 2. Maygrier : Observation rapportée par le Dr Mory, *Alger médical*, déc. 1887, p. 343.

fant qu'elle se rendit compte de ce qui venait de se passer. Dans ces 3 cas *la cause de la syncope reste inconnue*. Mais il est indéniable que l'accouchement dans ces conditions peut passer absolument inaperçu de la mère.

L'évanouissement peut être l'effet d'une *syncope traumatique*. La possibilité de ces enfantements est prouvée par les observations de Wildberg (1) de Maas (2), par celle de Hunter consignée dans sa lettre sur l'infanticide.

L'intensité des douleurs d'enfantement peut causer aussi une syncope et rendre ainsi l'accouchement inconscient. Le cas de *Trinchinetti* (3), celui de Mauriceau (4), de Mende (5) attestent suffisamment leur possibilité. Dans l'observation de Mende on dut terminer l'accouchement par une application du forceps. La mère ne revint à elle que quelque temps après. Briand et Chaudé (6) citent aussi une observation de ce genre. « Nous avons questionné la dite femme, dit le médecin-légiste, chargé du rapport sur cette inculpée. Elle nous a répondu qu'ayant été prise des premières douleurs pendant la nuit et se trouvant seule elle n'avait pu éveiller qu'une de ses voisines fort âgée qui l'avait assistée de son mieux ; que l'enfant était resté long-

1. Wildberg : *Handb. d. Gerichtl. Arzneiwissenschaft*, § 120. — 2. Maas : *Nord. Archiv. nat. u. Arzneiwiss.* Bol. I. 2. St. — 3. Trinchinetti : *Journ. gl.* LXIX, p. 110. — 4. Mauriceau : *Observ. sur la grossesse*, obs. 252, p. 20 — 5. Mende : *Ausf. lehrb. de gerichtl. med.* III. 544. — 6. Briand et Chaudé : *Man. compl. de méd. lég.* 1880. II. 453.

temps dans cet état ; que la dite voisine ne s'était occupée que de la secourir et nullement de retirer l'enfant du sang et des matières dans lesquels il se trouvait. »

La syncope qui succède à la *vacuité subite de l'utérus* peut rendre aussi inconscient, en partie au moins, l'accouchement.

Parmi toutes les causes de la syncope, l'hémorrhagie pendant l'accouchement est la plus fréquente. Otterbourg (1) rapporte à ce sujet une observation très intéressante. Il fut appelé pour une hémorrhagie qui avait résisté à tous les moyens employés. La femme était considérée comme morte, et à l'aide d'un forceps, il accoucha une fille vivante. Mauriceau (2) donne aussi quelques observations d'accouchements inconscients pendant une syncope consécutive à une hémorrhagie. Heidenheim (3), à l'opposition de Freyer (4), assure que l'accouchement ne peut pas passer inaperçu de la femme pendant l'évanouissement. Cependant Heidenheim dit lui-même avoir vu un cas, un seul il est vrai, d'évanouissement à la suite d'une forte hémorrhagie chez une I-pare délicate et jeune.

Enfin une cause *rare* de syncope au moment de l'accouchement est signalée par le Dr Perrin de la Touche (5). Une primipare chétive et bossue, le dégagement de la tête ne se faisant pas, pratiqua sur

1. Otterbourg : *Presse méd.*, mars 1899. — 2. Mauriceau : obs. V, XVII, LXXXVII. — 3. Heidenheim : *Sturzgebt*, (1889, Bd. LI. p. 385). — 4. Freyer : *Die ohnmacht in J. Springer*. 289, VIII. — 5. Perrin de la Touche : *Presse Méd.*, 18 mars 1899.

elle même une épistomie avec ses ciseaux de couturière. A partir de ce moment elle dit avoir perdu connaissance et ne savoir ce qui s'est passé. Au réveil elle trouva son enfant mort auprès d'elle.

Paul Dubois (1), qui n'admet pas la possibilité d'un accouchement inconscient pendant la syncope, croit qu'on a substitué celle-ci à un état de *stupeur*, une syncope ne pouvant pas durer assez longtemps pour que la parturiente enfante sans en avoir conscience.

3° *L'état comateux*. — Hippocrate déjà nous donne une observation sur un accouchement pendant le *coma*. Depuis, tous les auteurs en ont rapporté des exemples. Coliez cite dans sa thèse les observations de Mauriceau, Golinelli, Rivoni, Talinucci, Finizzio, Panis, Mme Lachapelle; enfin Bécigneul et Ménager (2) en ont publié plus récemment un cas. *L'apoplexie*, la *congestion cérébrale*, l'*asphyxie* figurent parmi les causes de ces accouchements inconscients. Mais les plus fréquents se rencontrent dans le *coma éclamptique*. Les accoucheurs savent avec quelle rapidité le travail peut progresser chez une femme éclamptique. » L'utérus, dit Caseaux (3), semble parfois participer à l'irritation générale, et expulse très facilement le fœtus, alors que le peu de dilatation du col devait faire considérer la terminaison du travail comme très éloignée. »

L'amnésie résultant d'une maladie qui porte une

1. P. Dubois : *Gaz. Hôp*, 4 mars 1854, 3^e S. p. 105. —

2. Bécigneul et Ménager : *Gaz. Méd. Nant.*, 94, p. 32. —

3. Caseaux : *Traité des accouch.*, p. 813.

atteinte profonde à la mémoire peut se prolonger pendant plusieurs jours (Baudelocque). Ainsi la femme peut ignorer complètement non seulement l'accouchement au moment où il se produit, mais une partie du moins des suites de couches peut passer en dehors de la connaissance de la femme. Quelquefois il semblerait que la femme en ait eu une vague conscience qui s'efface ensuite de son souvenir. Joerg, cité par Depaul, a vu des femmes qui semblent ressentir les douleurs de l'accouchement et l'application du forceps sans garder aucun souvenir de leur accouchement.

Osiandré (1) signale aussi *l'état soporeux qui suit les convulsions*.

4^e *Maladies graves ou femmes agonisantes*. — L'observation d'Esterle de Navare (2) et celle de Belluzi, les deux cas de Pellegrini ainsi que celui de Romei (2) démontrent qu'une femme peut accoucher sans le savoir pendant une *hémorrhagie cérébrale*.

Duparquet et Janssens rapportèrent chacun un cas où la mère *phthisique agonisante* ne s'est pas aperçue du travail.

Dans un cas *d'asystolie* chez Belluzi et chez Moretti les agonisantes accouchèrent à leur insu.

Enfin Baudelocque, Rigaudeaux et Trinchinetti publièrent des cas où la mère étant en *mort apparente* accoucha. A ce point de vue la célèbre observation d'Echasserian est très intéressante : il aurait pratiqué la version chez une femme considérée comme morte et

1. Cité par Depaul : *op. cit.* — 2. Cités par Coliez : *op. cit.*

ensevelie depuis une heure ; il sauva ainsi l'enfant et la mère.

3) *Affections du système nerveux.* — D'après Panis (1), tous les auteurs admettent que les états pathologiques du système nerveux peuvent anéantir les douleurs. Nous placerons ici les accouchements inconscients aussi bien chez des femmes atteintes d'une affection organique que chez les femmes présentant des troubles mentaux.

Chaussier (2) a rapporté un cas d'accouchement inconscient chez une *paraplégique*. R. Cohn (3) a observé un accouchement inconscient chez une I pare de 37 ans atteinte de *tabes dorsal*. « La parturiente n'avait éprouvé aucune douleur » dit Placzek parlant de cette femme. Placzek publie également un cas d'accouchement chez une tabétique, cas qui lui est personnel : Une III pare de 25 ans, au huitième mois de sa gestation, n'éprouva aucune douleur, les besoins illusoires de miction et de défécation faisaient aussi défaut. Le symptôme saillant dans ces deux observations, c'est, dit Placzek, *l'analgésie*.

Ulric (3), Haller, Hencke, Heister ont observé des accouchements chez des *épileptiques* sans conscience de leur état de parturition.

Enfin *l'hystérie* a été de même incriminée de rendre

1. Panis : p. 10. — 2. Cité par Coliez. — 3. R. Cohn : *Centralbl. f. gynæk.* 13, IV, 1902, cité par Placzek : *in Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med.* 1903, 43. — 3. Cité par Bourdach : *in Traité de physiologie*.

inconscients les accouchements. Les auteurs ne sont cependant pas d'accord sur cette question. « A moins que les états morbides, dit Taylor, qui sont ses différents aspects cliniques, ne soient accompagnés d'une profonde léthargie et d'une perte entière de la sensibilité, il arrivera rarement que les contractions de l'utérus dans ses efforts pour expulser l'enfant ne rappellent pas à la femme la conscience de son état. » Mais d'après Coliez il existe des cas où le travail est indolore pendant un temps plus ou moins long, et que dans certains autres la femme puisse ne ressentir aucune sensation douloureuse.

Beaucoup de femmes peuvent présenter au cours du travail des troubles légers et peu durables du système nerveux. Mais on peut observer chez d'autres des manifestations pathologiques plus sérieuses.

Ainsi la grossesse peut faire éclore chez une femme prédisposée par l'hérédité ou par un état nerveux spécial des accidents qu'elle n'avait jamais présentés auparavant. La femme d'Andral (1) ne guérit de la *chorée*, survenue pendant la gestation, qu'après un avortement. La malade de Montgomery, qui présenta des phénomènes extraordinaires et surtout de l'amnésie, à partir du sixième mois de gestation, ne guérit peu à peu qu'après l'accouchement, dont elle n'eut pas la moindre conscience. Enfin dans le cas de Marcé (2), une multipare atteinte de mélancolie au quatrième mois de la gestation accoucha rapidement ; aucune plainte, aucun mou-

1. Cité par Coliez. — 2. Marcé : *op. cit.*

vement n'avait attiré l'attention des malades les plus voisines. Nous pouvons rapporter encore ici l'observation de Berthier dont nous avons déjà parlé à propos de la rupture des membranes.

Mais l'accouchement lui-même n'est pas sans influence sur le système nerveux, et celui-ci, une fois troublé, devient à son tour modificateur de l'accouchement sa cause première. A ce point de vue l'observation de Depaul (1) est très instructive. Une de ses clientes « chaque fois que l'utérus se contractait, tombait dans un état de somnolence et d'insensibilité complète qui disparaissait après la contraction. Tout se passait à merveille, et en quelques heures l'accouchement était terminé sans qu'elle s'en fût pour ainsi dire doutée. » L'observation n° 23 de Hellhake est encore plus curieuse. Une très jeune fille mère accoucha, apporta l'enfant dans sa chambre, l'y posa, puis s'en retourna à son ouvrage sans plus s'en préoccuper, comme si elle ne se rendait pas compte du fait et de la chose. On n'observa aucune trace de la délivrance. Enfin l'observation de M. Brouardel (2) n'est pas moins intéressante. Une riche négociante III pare avait eu chacun de ses accouchements suivis d'un accès de *manie puerpérale* qui avait duré de 4 à 6 minutes. Etant de nouveau enceinte et dinant avec son mari et ses deux enfants elle sentit tout à coup « une gêne vers les parties génitales » (c'est son expression), se redressa sur le dossier de sa chaise

1. Depaul : *op. cit.* — 2. Brouardel : *Traité d'infanticide*, p. 155.

et entendit aussitôt tomber quelque chose à terre. Avant d'avoir eu le temps de se baisser, elle entend un second bruit : elle venait d'expulser deux fœtus de 7 mois environ. On ne put constater qu'une anesthésie et une analgésie de tout le corps, notamment des parties génitales. Lorsqu'on lui fermait les yeux, elle ignorait si on pratiquait le toucher vaginal. Cet accouchement ne fut pas suivi d'un accès de manie.

Plus nombreuses encore sont les observations d'accouchement inconscient chez les femmes atteintes d'*aliénation mentale typique*. Tous les aliénistes en ont rapporté des exemples : et cela se comprend facilement si l'on songe que la sensation de douleur, quelle qu'en soit l'origine, est généralement très affaiblie chez les aliénés. « Chez les aliénés, dit Marcé (1), l'absence de douleurs s'est présentée à nous d'une manière assez constante pour que nous n'hésitions pas à en faire une loi à peu près générale ». L'accouchement chez une folle peut être absolument inconscient, au point, dit Briand (2) que les personnes qui entourent la malade ne se doutent nullement de ce qui se passe.

« Cette analgésie, dit Marcé, est surtout prononcée chez les *mélancoliques*, et il en résulte qu'au terme de leur grossesse elles doivent être surveillées avec un soin particulier, puisqu'elles n'éprouvent pas ces douleurs qui servent d'avertissement à l'accoucheur. On peut même quelquefois observer chez des femmes

1. Marcé : *Trait. de la folie des f. enceintes, etc.*, p. 24. —

2. Briand : *Ann. Hyg. et méd. lég.*, 1897, p. 383.

atteintes de formes stupides de cette affection des accouchements sans douleurs. L'analgésie s'étend chez elles à l'utérus. Nous rappelons la curieuse observation de Berthier. Panis cite dans sa thèse les cas de Montgomery et celui de Chambeyron.

Depaul mentionne aussi l'observation d'Archambaut, dans laquelle une *idiote furieuse*, au milieu du travail, s'en prenait aux assistants des douleurs dont elle ne comprenait pas l'origine.

Les *paralytiques générales* accouchent souvent dans nos asiles de façon parfaitement inconsciente, et sans que les personnes qui les entourent se doutent de ce qui se passe.

6° *Accouchements post-mortem*. — La possibilité d'une naissance après la mort de la mère est un fait indiscutable, de nombreuses observations en font foi. Quant à la cause de ces accouchements, elle est discutée. L'hypothèse la plus vraisemblable nous paraît celle de Reimann. Cet auteur pense « qu'on ne peut pas admettre une cause exclusive, et que si, dans certains cas où l'accouchement a eu lieu peu de temps après la mort, l'utérus peut en se contractant expulser l'enfant, il en est d'autres où l'accouchement ayant lieu longtemps après qu'il y a eu putréfaction, les gaz peuvent avoir une action sur la parturition. »

II. — ACCOUCHEMENTS INCONSCIENTS CHEZ DES FEMMES EN PLEINE CONSCIENCE.

On sait que la cause essentielle de l'accouchement ordinaire est la contraction utérine, et que cette contraction est douloureuse. « Toutefois, dit Velpeau (1), les douleurs peuvent offrir des nuances nombreuses dans leur intensité, sans que pour cela, la force des contractions soit nécessairement différente. »

En effet, dans la littérature médicale, il y a des observations indiscutables concernant les femmes qui ont accouché sans s'en apercevoir, tout en jouissant de la plénitude de leur conscience. Ces faits constituent les accouchements appelés *accouchements inconscients*. Il y a d'autre part, des faits indiscutables qui démontrent que *l'accouchement peut durer beaucoup moins* que dans les cas ordinaires. Or, cette accélération du travail ne peut être due qu'à deux causes : 1^o) ou bien il y a eu erreur dans l'appréciation du début du travail, c'est le cas où le travail, dans sa première période, est silencieux, non douloureux, et alors c'est un accouchement *en partie seulement sans douleurs* ; ou bien 2^o) il y a eu précipitation de contractions plus fortes qui se manifestent par des *douleurs plus vives et précipitées*. En effet, « quelquefois les douleurs se succèdent, dit Dez (2),

1. Velpeau : p. 452. — 2. Dez : *Dict. de méd. art. accouchement*.

avec rapidité, et l'accouchement se termine en peu de temps ». Ces faits correspondent à ce que les auteurs avaient appelé *accouchements précipités*.

Enfin il y a d'autres cas plus nombreux que les précédents, où la douleur existe, mais ne présente pas ses caractères typiques, et est mal interprétée, la femme la considère comme des besoins de miction, de défécation, comme des douleurs d'origine morbide. Nous étudierons ces accouchements simulant des *besoins illusives*.

Et pour terminer ce long chapitre de l'étiologie des accouchements par surprise, nous grouperons des faits qui grâce aux concours de circonstances particulières combinées à des douleurs d'enfantement anormales forment la grande majorité des accouchements par surprise.

A. — *Accouchements sans douleurs*. — Il n'est ici question, nous le répétons, que des accouchements sans douleurs chez des femmes en pleine conscience : l'absence de douleur, cause des accouchements par surprise, chez les femmes privées de conscience doit être attribuée avant tout à la cause morbide qui a enlevé à la femme sa conscience. Nous avons étudié ces cas plus haut.

Tous les auteurs n'admettent pas les accouchements indolores chez la femme consciente. « Peut-on imaginer, dit Capuron (1), la matrice se contracter avec force, que son orifice s'entr'ouvre, que le vagin et la vulve se dilatent et quelquefois se déchirent pour livrer passage

1. Capuron : *Méd. lég. relative aux accouchements*, p. 129.

à un enfant plus ou moins volumineux sans que tout l'organisme s'ébranle, sans que la femme souffre? » Les faits disent cependant éloquemment le contraire. Nous ne pouvons mentionner ici que quelques-unes de ces observations.

Panis publie dans sa thèse un cas où une femme ne ressentit aucune douleur pendant le travail qui dura 5 jours. Le cas de Channiz cité par Coliez fut absolument indolore, quoiqu'une hémorrhagie abondante ait exigé la version.

Montgomery (1) parle d'une femme qui accoucha 8 fois sans travail douloureux. Bonnemaison cite le cas de Del Campo (accouchement gémellaire sans douleur). Wharrie accoucha une femme qui resta 10 heures dans les mêmes conditions. Mattei de Bastia publia des cas d'accouchement sans douleur : les femmes n'avaient éprouvé auparavant que de rares et insignifiantes sensations douloureuses, et ne s'étaient douté de rien. Freymann, Burnet, Channig, Eger, King, Scott enfin en ont aussi rapporté des exemples.

Nous mentionnerons en dernier lieu l'observation de M. Baley (3). La femme se savait en travail et avait demandé le secours médical. « Les douleurs s'espaçant, je rentrai chez moi, dit M. Baley, et bientôt j'étais appelé de nouveau. Je m'apprêtai à pratiquer le toucher, lorsque, découvrant la malade, j'aperçus l'enfant entre les jambes de sa mère, la tête plongée dans

1. Cités par Coliez. — 2. Baley : *Méd. Mod.*, 31 août 1898, n° 64, p. 508.

une mare de liquide amniotique. » Questionnée, la mère répondit : « Il m'a bien semblé sentir quelque chose couler comme de l'eau, mais je ne me doutais pas que j'eusse accouchée, et les douleurs à ce moment n'ont pas été plus fortes que les précédentes. » Notre observation n° 66 se rapproche, à ce point de vue, beaucoup de celle de M. Baley. La femme de notre observation 51, III pare, dit avoir accouché presque *sans douleur*. La parturiente n° 26 présentait aussi de très faibles douleurs.

Ces faits établissent donc formellement la possibilité d'accouchements sans douleurs ou avec des douleurs imperceptibles chez des femmes conscientes, même quand elles se savent en travail.

Mattei constata dans ses observations la dilatation du col sans douleurs et il pense que la cause de cette dilatation qui s'opère sans douleurs même chez une primipare n'est que la « contraction permanente et accrue de l'utérus, qui peut dilater complètement le col à l'insu de la femme, et suffire à faire passer le fœtus à travers la filière du bassin et des parties molles. » « On peut, dit Deumann, supposer que les voies par lesquelles l'enfant doit passer sont si parfaitement dilatées qu'elles n'offrent à la force expultrice que peu ou pas de résistance, et dans ce cas la femme accouchera en n'éprouvant que des douleurs insignifiantes, ou même aucune. »

L'utérus, en effet,¹ comme l'estomac, l'intestin, le

1. Mattei : 1824, *Gaz. Hôp.* 1854, 21 III, 3^e5, n° 22, p. 86.

cœur, est sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire et la contraction peut s'exercer alors même que la volonté et la sensibilité sont complètement éteintes. Leroux, de Dijon, faisant la version chez une femme morte, voulut, la version opérée, extraire le placenta, il ne put introduire la main dans l'utérus, le col de ce dernier étant revenu sur lui-même. Les accouchements *post mortem* corroborent cette opinion. L'observation d'Amand Routh (1) démontre aussi que l'enfantement est en partie automatique et en partie réflexe, qu'une communication directe avec le cerveau n'est pas essentielle pour régler l'action utérine. Dans cette observation, il s'agit d'une multipare qui accoucha normalement malgré la paraplégie complète — lésion de la moelle au niveau de la sixième vertèbre dorsale.

B. — *Accouchements rapides.* — Hoffmann distingue deux sortes d'accouchements rapides : dans les uns le travail total est prompt, c'est l'accouchement rapide proprement dit ; dans les autres ce n'est que l'expulsion qui est rapide.

1° LES ACCOUCHEMENTS PRÉCIPITÉS sont caractérisés par un travail très court. La quatrième observation de Mattei (2) en fournit un bon exemple. « M^{me} B... est une des femmes que j'ai vues accoucher avec le plus de promptitude », dit Mattei. Il s'agit d'une femme de 25 ans, de tempérament nerveux. Pendant son premier accouchement, quoique 1^{er} pare, elle ne resta pas même

1. Citée dans *Rev. soc. méd.* par G. Hayem, v. 50, 1897, p. 584. — 2. Mattei. *Op. cit.*

une heure en travail. Le deuxième accouchement se termina au bout de deux douleurs, mais celles-ci furent très vives. A son troisième accouchement, c'était le mari qui veillait auprès d'elle. La parturiente l'appela aussitôt qu'elle vit quelques gouttes de sang, et qu'elle sentit une légère douleur. A peine son mari eut-il le temps de l'étendre sur un canapé que la troisième douleur amenait l'enfant hors de la vulve. La femme dit qu'à ses deux derniers accouchements les eaux sont parties avec l'enfant.

Au point de vue de la durée du travail, Winckel divise ses observations en 3 catégories : dans 52,6 0/0 des cas elle est très courte, dans 39,5 normale, et longue dans 7,9 0.0 seulement.

51 paires sur 20 de Hellhake accouchèrent de 1 h. 1 2 à 2 heures, et dans 2 autres cas le travail dura 6 heures (Moyenne des accouchements rapides de primipares 35 0 0). « Le temps écoulé de l'apparition des premières douleurs jusqu'à l'expulsion fœtale » fut de 1 heure chez 3 primipares de Moser, et de 6 dans un autre cas. C'est donc dans 66,66 0 0 des cas des primipares de Moser que l'accouchement fut rapide. Koch trouve aussi une courte durée du travail (jusqu'à 6 h.) chez ses primipares. Celles de Heraucourt ne mettaient que de 3 4 h. à 6 pour accoucher.

Heraucourt trouve un très grand nombre de multipares dont le travail était de très courte durée : de 10 minutes à 5 heures. 15 multipares de Hellhake, sur 20, c'est-à-dire 75 0 0 accouchèrent très rapidement (de 1/2 h. à 2 h.). Toutes les multipares sur lesquelles

Moser a eu des renseignements terminèrent leur accouchement entre quelques minutes et 5 heures.

Koch mentionne d'autre part un cas où la femme accoucha d'une seule douleur, comme la femme n° 46 de Hellhake. Une III pare de Moser a accouché aussi très rapidement : les premières douleurs apparurent à 9 heures du soir, 10' après la poche des eaux se rompit ; à 9 h. 35 la femme étant debout et se préparant à se mettre au lit expulsa l'enfant. 20' après la délivrance était opérée.

Hellhake donne 6 cas de ses I pares avec durée du travail long (jusqu'à 48 h.) et 5 multipares. Moser n'indique que 2 primipares sur 6 avec long travail (12 à 18 h.).

Au point de vue de la durée du travail nos parturientes se partagent comme suit :

Primipares.

Chez :				Chez :			
1	durée	1 h.	} Travail court dans 62 0 0 des cas	2	durée	7 h.	} Travail court dans 37,50 0 des cas
4	»	1 h. 1/2		2	»	8 h.	
1	»	3 h. 1/4		2	»	8 h. 1/2	
1	»	4 h. 1/4		1	»	9 h. 1/2	
1	»	5 h. 1/2					
2	»	6 h.					

Multipares.

Chez :				3 durée 2 h.			
1	durée	15 m.		2	»	2 h. 1/2	
3	»	1/2 h.		1	»	3 h. 55	
2	»	1 h.		4	»	4 h. 1/2	
1	»	1 h. 1/2		5	»	6 h.	

Travail court dans 73,33 0 0 des cas.

Chez :			
1	durée	8 h.	3 durée 14 h.
3	»	10 h.	1 » 1 jour.

Travail court dans 26,66 0 0 des cas.

Toutes ces statistiques s'accordent, et démontrent :
 1^o que les accouchements rapides constituent la plus grande partie des accouchements par surprise ; et, 2^o que dans ces cas les douleurs étaient de courte durée, puisque c'est d'après elles qu'on a évalué cette durée. Observons aussi, d'accord en cela avec Hellhake (p. 38) que si les douleurs sont de courte durée, c'est qu'elles sont plus vigoureuses, et par conséquent que « *les accouchements rapides sont servis essentiellement par la force des douleurs* ».

Pour nous résumer, nous dirons que les accouchements rapides existent sans aucun doute, et que leur cause tient à une anomalie des contractions utérines traduites par des douleurs d'enfantement de courte durée et très vives.

2^o ACCOUCHEMENTS RAPIDES EN APPARENCE SEULEMENT.
 — Sans nier de façon absolue l'existence des accouchements rapides proprement dits, nous les croyons beaucoup plus rares que les accouchements qui ne sont rapides qu'en apparence. On considère ces derniers comme rapides parce qu'il est très difficile d'apprécier la durée véritable du travail.

En effet, pour la déterminer, il nous faut savoir le commencement et la fin du travail. Or « on ne peut

dire, conclut A. Guillermin (1) dans le « diagnostic du travail de l'accouchement », où finit la grossesse, et où commence le travail. » La femme enceinte ne passe pas brusquement de l'état de gestation à l'expulsion de son œuf, l'accouchement, c'est-à-dire l'acte fonctionnel par lequel le produit de la conception est séparé de l'organisme maternel ne peut avoir lieu sans que certaines modifications du côté de la mère comme du côté de l'œuf l'aient préparé. C'est à ces modifications qu'on a donné le nom de travail. Et c'est en constatant ces modifications que l'accoucheur arrive à se faire une idée sur l'état du travail. Mais cela n'est pas toujours d'une grande précision, parce que les phénomènes du travail varient dans leurs caractères ainsi que dans leur assemblage. Quant à la mère, elle présume l'époque de l'accouchement le plus souvent à l'aide de ses souvenirs sur ses dernières règles, et elle n'est prévenue du commencement du travail que par quelques signes subjectifs : tout d'abord elle « marque », puis elle « perd ses eaux » et « souffre de coliques », enfin elle entre « en douleurs ».

Ces symptômes subjectifs subissent cependant assez souvent des modifications telles qu'ils deviennent méconnaissables pour la femme et quelquefois même sont absents, au moins pendant une partie du travail. Les douleurs, surtout au début, et en particulier chez les primipares, manquent en effet assez souvent. C'est en

1. Guillermin : thèse, Paris, 1896, p. 9.

s'appuyant sur ces faits que Millot (1) a pu écrire: « Je suis convaincu que l'accouchement commence chez beaucoup de femmes plusieurs jours avant les premières douleurs : chez beaucoup d'autres moins tôt ; mais chez les unes comme chez les autres toujours avant ces douleurs. » Et M. Tarnier (2) en disant que « quelquefois la douleur manque, et cependant l'orifice se dilate peu à peu sous l'influence de contractions indolores, si bien que la femme accouche sans avoir éprouvé de douleurs », confirme l'existence chez quelques femmes du moins, du temps « *secret* » de Millot.

Il est inutile de multiplier les exemples d'observations justifiant la possibilité de ce temps secret. Nous donnerons cependant ici l'observation de M. Macé (3). Une I pare de 20 ans, laitière, entrée à la clinique Tarnier le 28 juillet 1900; on constata le lendemain une dilatation de 5 centimètres de l'orifice utérin, bien que la malade n'accusât aucun phénomène douloureux. C'est à la contraction presque complète, au moment où se manifestèrent chez elle des efforts d'expulsion, qu'elle accusa une contraction douloureuse.

Mais en dehors de la difficulté d'appréciation du début du travail, il y a encore, suivant Auvard, deux causes d'erreur: la rapidité parfois excessive de l'accouchement et l'arrêt ou la rétrocession du travail, qui peuvent nous empêcher d'en évaluer exactement la durée. Nous ajouterons à ces trois causes d'erreur une

1. Millot : *in J. Seure* Thèse de Paris, 1863, p. 18. — 2. Tarnier et Chantreuil : t. I. 1882, p. 613. — 3. Auvard : p. 284.

quatrième, qui concerne la fin du travail. En effet la terminaison du travail, l'expulsion du fœtus, peut être aussi méconnue. Si paradoxal que cela puisse paraître, cela est possible, et les faits probants ne manquent pas. Chez les aliénés, chez les éclamptiques surtout, les enfants courent grand risque de s'asphyxier dans la mare du liquide amniotique, ou du sang, dans laquelle ils sont expulsés, s'ils restent inaperçus. C'est pour éviter ces accidents que tous les classiques recommandent de découvrir la femme éclamptique pour s'assurer que l'enfant n'est pas accouché. Le fait est possible encore quand il s'agit d'une femme bien portante et qui sait qu'elle est en travail (obs. de Baley).

Les renseignements nous manquent pour classer à ce point de vue nos observations. Quoique nous ayons parlé en bloc de nos observations, quoique nous les ayons considérées comme des accouchements rapides, nous croyons que la plupart de ces accouchements, qui figurent parmi les accouchements prompts, ne sont tels qu'en apparence. L'observation n° 26, par exemple (femme multipare) montre un travail de dix heures ; mais le début a dû être tellement incertain que l'interne de service a jugé à propos de ne pas priver la femme de soins de propreté et lui a fait prendre un bain. C'est dans ce bain, sans qu'on s'y attendît, qu'elle accoucha très promptement. Notre obs. n° 12 est intéressante aussi, quoiqu'il soit dit que la femme fut surprise par l'accouchement, le céphalématome indique bien que le travail avait duré un certain temps, la femme ne s'en est pas aperçue. La parturiente a été

surprise non pas parce que l'accouchement a été rapide, mais parce que l'expulsion a été soudaine.

Nous croyons donc pouvoir conclure que les *accouchements rapides existent mais sont très rares* ; que ce qu'on appelle « *accouchements rapides* » ce sont des *accouchements à expulsion rapide et à période de dilatation silencieuse, non douloureuse* ; que la cause des premiers siège dans les *contractions utérines rapprochées et en général très vives* ; que les *accouchements à expulsion prompte* sont dus également à un trouble de la contraction utérine, consistant en la suppression de la douleur pendant la période de dilatation et son affaiblissement, ou *accroissement exagéré pendant l'expulsion*.

Nous rattachons encore à ce point les faits concernant des femmes qui se savaient en travail, malgré l'irrégularité de douleurs (obs. Baley), et qui accouchent sans s'en apercevoir, soit parce que les douleurs d'expulsion ne sont pas plus fortes, soit même qu'elles se trouvent diminuées.

C. — *Circonstances spéciales favorisant particulièrement soit les accouchements inconscients, soit les accouchements rapides, soit tous deux à la fois.* — Il est facile de comprendre que les modifications de la douleur, tout en étant la cause efficiente des accouchements par surprise, ont besoin pour aboutir de l'adjonction de certaines conditions favorables. Ainsi une trop grande tête ne passera jamais à travers un bassin trop petit, car dans ces conditions l'utérus ne pouvant faire progresser la tête finira par occasionner des troubles capa-

bles d'attirer l'attention de la parturiente, ou de se manifester à l'entourage : par conséquent l'accouchement ne sera plus par surprise.

Un certain nombre de ces conditions ont déjà été étudiées à propos des causes prédisposantes. Nous en mentionnerons ici d'autres qui sont d'un caractère spécial, en ce sens que ces circonstances donnent en se combinant aux modifications de la douleur, un caractère spécial à l'accouchement. Ainsi l'ignorance de la grossesse, par exemple, ou bien l'ignorance de l'époque de l'accouchement, combinées avec des douleurs incertaines, non caractéristiques, aboutiront à des accouchements simulant de faux besoins de miction et de défécation, ou un état pathologique. Un départ tardif pour la maternité, combiné à un court travail, aboutira à un accouchement sur la voie publique, etc. Une secousse morale pouvant réveiller les contractions utérines, tout en insensibilisant l'organisme maternel, aboutira aux accouchements par surprise, qui se terminent pendant la frayeur, l'anxiété, etc...

1^o ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE CHEZ DES FEMMES QUI IGNORAIENT LEUR GROSSESSE. — Il est évident qu'une femme pourra se méprendre sur la naissance de son enfant, si à aucun moment elle ne s'est crue de bonne foi enceinte. « Elle n'aura pas un grand pas à faire, dit Tardieu, si, prétendant avoir méconnu sa grossesse, elle dit être accouchée sans s'en apercevoir ».

On s'est occupé de cette question en Angleterre, et beaucoup de ses savants ne croient pas à la possibilité d'une grossesse méconnue. Le code pénal prussien

n'excuse pas la femme qui dit avoir méconnu sa grossesse après le septième mois.

M. Brouardel (1) pose en principe que la grossesse facilement méconnue à son début ne peut que difficilement être ignorée après le cinquième mois. « Suppression des règles, mouvements de l'enfant, développement exagéré du ventre et des seins, troubles sympathiques de la santé, toutes ces causes rendent cette allégation invraisemblable, et cependant les faits pris parmi les femmes qui n'avaient aucun intérêt à dissimuler leur grossesse, ou qui désirent vivement être mères ne sont pas rares ».

Les conditions dans lesquelles la grossesse peut passer inaperçue sont multiples.

Nous signalerons d'abord après Hofmann (2) que chez certaines aliénées (les idiots, les imbéciles, les mélancoliques) la grossesse peut rester ignorée. Et cette circonstance met la femme dans des conditions, très favorables pour qu'elle se méprenne sur les douleurs de l'accouchement qui, du reste, sont toujours bien affaiblies chez les aliénées.

Si le coït a été pratiqué chez une femme inconsciente, chloroformisée, hypnotisée, ivrognée, si le coït a été considéré par la femme, de bonne foi, comme infécond, — c'est le cas (3) d'une femme mariée, qui n'avait toléré que l'éjaculation du liquide spermatique sur les organes génitaux externes sans introduction du pénis dans

1. *Loc. cit.*, p. 151. — 2. Hofmann : *Elém. méd. lég.*, p. 129.
— 3. *Schmidt's Jahrbücher*, 1850, 323.

le vagin — la femme a toutes les chances possibles de chercher et de trouver ailleurs que dans son état de gestation l'explication des phénomènes de la grossesse et de l'accouchement.

Le très jeune âge (1), une menstruation irrégulière avant et après la conception, la persistance des règles pendant la grossesse, de fréquentes hémorrhagies, l'avortement (P. Strassmann), la lactation, la conception après une longue époque de stérilité (conception dans l'âge de la ménopause ou après celle-ci), la grossesse inconsciente seule ou combinée (c'est parmi ces femmes-ci que se remarque, d'après Tardieu, la plus grande proportion) sont une très forte prédisposition à la grossesse ignorée. Enfin, comme le dit W. Wescott (2) « les femmes non mariées qui sont en état de grossesse peuvent ne pas se croire enceintes, simplement parce qu'elles ne veulent pas le croire : elles s'imaginent souvent, et peut-être de bonne foi, atteintes d'une maladie à laquelle elles rapportent les phénomènes qu'elles ressentent. Chez les femmes mariées cette erreur est plus rare mais l'excuse est aussi plus admissible ».

Les phénomènes de la grossesse sont assez manifestes pour qu'ils ne passent inaperçus, au moins dans la grande majorité des cas. Il faut noter cependant que bien des symptômes de la grossesse peuvent être mis sur le compte d'une affection pathologique. N'a-t-on pas cité des cas où des accoucheurs distingués ont con-

1. Mauriceau, Hellhake, p. 47. — 2. W. Wescott : *Lancet*, 1897, p. 607 (Coliez, p. 74).

fondue la grossesse avec un fibrome, un kyste de l'ovaire, de l'ascite, de la péritonite tuberculeuse, de la métrite, etc. Et quand on songe que des deux signes pathognomoniques de la grossesse, l'un, et c'est le plus important, c'est à dire les battements du cœur fœtal, ne peut être perçu par la femme, on est bien plus en droit d'admettre qu'une femme se trouvant dans une ou plusieurs des conditions énumérées plus haut puisse en effet ignorer sa grossesse, circonstance qui favorise singulièrement soit un accouchement inconscient soit un accouchement rapide.

Long, Tanner, Rüttel, Moronval, Wescott, Guy et Ferrier, Vibert ont cité des exemples d'accouchement avec grossesse ignorée.

Dans le cas de Wald (1), une fille de magasin, enceinte à la suite d'un seul coït, accoucha debout derrière son comptoir. Malade depuis fort longtemps, très irrégulièrement réglée et ressentant de vives douleurs dans le bas ventre, elle rapporta les symptômes qui survinrent à son ancienne maladie : le docteur qui la soignait pour l'hydropisie confirmait cette interprétation des symptômes de la gestation.

La femme de Fœdéré, mariée, dont le mari était absent, vient consulter pour une maladie de poitrine ; le docteur constate dans le côté droit une tumeur que l'on crut être stercorale. Cette femme accouche peu de temps après d'un enfant de 5 mois à peu près. « Sa

1. Hoffmann : *l. c.*, p. 130.

naïveté et sa confiance au moment du travail dont elle affirmait ignorer la nature et le peu de soin qu'elle avait pris pour cacher sa honte et son infidélité semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait pas connaissance de son état.

Dans un cas de M. Brouardel, une mère de 4 enfants, sans aucune raison de nier une grossesse possible, arriva à terme sans s'être jamais crue enceinte : elle avait méconnu tous les phénomènes de la grossesse et attribué l'absence de règles à la lactation.

P. Strassmann rapporte une observation d'une I pare de 29 ans, qui n'avait aucune idée de sa grossesse. Elle attribuait l'absence des règles à la ménopause fréquente — sa mère avait aussi à 30 ans perdu ses règles à jamais —, elle considéra les douleurs de l'enfantement comme des douleurs ordinaires. Obligée de se coucher, elle accoucha aussitôt après s'être mise au lit.

Nous rappelons ici l'observation de Berthier, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises.

Les douleurs, surtout au début du travail, et en particulier chez les primipares, manquent assez souvent.

Dans le cas de Hellhake (p. 40) la parturiente ne se sentait pas libre de péchés et de faiblesses, mais elle ne se croyait pas enceinte. Quant à l'augmentation de son volume, elle l'attribua à l'embonpoint, résultat de l'aisance qu'elle menait chez son maître. La suppression des règles ne l'inquiéta pas non plus, elles étaient irrégulières et avaient été déjà souvent absentes et pendant

de longues durées. De sorte que quand elle fut prise de douleurs elle crut que la menstruation allait paraître. Un médecin qui lui ordonna un lavement la confirma dans cette idée. Elle ne fut pas peu surprise de voir à la place de l'effet attendu un enfant.

Les conditions favorables à la méprise sur l'état de gestation existent dans nos observations aussi. Tout d'abord 6 femmes (n^{os} 10, 23, 35, 36, 48, 63) étaient irrégulièrement réglées avant leur gestation. Les dernières règles étaient ignorées dans 3 cas (n^{os} 1, 25 et 49).

Quant à l'époque de l'apparition des mouvements actifs du fœtus elle est ignorée dans 31 cas, incertaine dans 1 et en désaccord avec la date des dernières règles dans un cas (n^o 39) où il paraît que la femme a senti son enfant remuer au septième mois.

Enfin chez la femme n^o 60 (une IV pare) les règles ont persisté pendant la gestation, celle-ci fut confondue par deux médecins avec un fibrome.

2^o ACCOUCHEMENTS CHEZ DES FEMMES QUI IGNORAIENT L'ÉPOQUE DE LEUR ACCOUCHEMENT. — L'incertitude de l'époque d'accouchement est un fait d'observation fréquente dans les cliniques. Cette circonstance est très importante au point de vue étiologique des accouchements par surprise. En effet cette circonstance favorise beaucoup la fausse interprétation des douleurs d'enfantement, les départs tardifs pour l'hôpital, la confusion avec les besoins de miction et de défécation, avec des états pathologiques divers (notre obs. n^o 61) etc.

Ici appartiennent tous les cas d'avortements et d'accouchements prématurés par surprise ; telle est l'obser-

vation de M. Maygrier (1). Nous mentionnerons encore le cas de Freudenberg (2).

3^e ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE (BESOINS ILLUSOIRES, ÉTAT PATHOLOGIQUE). — Les accouchements simulant un faux besoin d'aller à la garde-robe et passés inaperçus sont discutables. Très souvent cependant les femmes se présentent à la garde-robe pour satisfaire un besoin de miction ou de défécation et à leur grande surprise accouchent, quelques-unes même ne s'en aperçoivent pas. Ces faits sont aussi connus et nullement douteux.

Mauriceau, Baudelocque, Gardien, Røederer, Jøerg, Hecke, Friedreich, Siebold, Wold, Casper cités par Depaul indiquent des faits assez nombreux et authentiques, recueillis en dehors de l'expertise et qui ne laissent aucun doute à cet égard.

Nous citerons comme exemples l'observation de Corin (3). Une III pare au huitième mois de sa gestation : faibles douleurs intermittentes pendant trois jours; à ce moment la dilatation n'est que de 4 centimètres. Les douleurs sont rares et faibles, la tête était encore un peu mobile au détroit supérieur, par conséquent on lui permet d'aller à la selle. À peine la femme s'était-elle accroupie qu'elle eut une forte colique, et qu'on entendit la chute d'un objet dans l'eau. On voulut la faire lever, mais elle refusa prétendant qu'elle venait d'évacuer une selle et qu'elle sentait encore le besoin.

1. Maygrier : *Bull. Soc. Obst.* 1902, p. 288. — 2. *Frauenarzt* : IX (1894), p. 207. — 3. *Ann. Soc. Méd. Chir. Liège*, 1893, p. 290.

Comme rien ne s'était encore produit au bout d'une minute on la força à se lever et on ne fut pas peu étonné de voir un enfant en état de mort apparente, la tête dans l'eau. Cordon intact.

Dans le cas de Macé (1) il s'agit d'une III pare, de 25 ans, à la clinique Tarnier, hospitalisée parce qu'elle présente un diamètre promonto-sous pubien de 40 cm. 1 2. Elle se couche le soir sans avoir rien remarqué d'anormal et s'endort. Elle se réveille deux fois pour uriner sans penser qu'elle est sur le point d'accoucher. A 4 h. 1 2 du matin elle éprouve le besoin d'aller à la selle, besoin qui est satisfait. C'est seulement en se relevant qu'elle sent le besoin de pousser. En portant instinctivement la main à la vulve, elle y constate la présence de la tête fœtale.

Pulmann (2) publie aussi un cas de ce genre. Deux cas analogues l'un de Brunon (3) de Rouen, l'autre de Languier (4) de Nanterre sont très instructifs. Notre observation diffère de celle du Dr Brunon, dit Languier, par « l'absence complète de symptômes douloureux pendant la période de travail. Tandis que la primipare de Rouen avait été prise 4 h. 1 2 avant d'accoucher de coliques sur la nature desquelles elle s'était trompée, mais qui n'en étaient pas moins les signes précurseurs de la délivrance, la malade de Nanterre n'a absolument rien ressenti avant le quart d'heure qui a précédé l'ex-

1. *Op. cit.* — 2. Pulmann : *Vierteljahrsschrift* 3 Folge, Bd. 1, 276. — 3. *Arch. de Tocol.* XVII (1890), 786. — 4. *Ann. Hyg. Méd. Lég.* 3^e s. 1891, p. 380.

pulsion fœtale. Elle a été jusqu'à la fin sans se rendre compte de ce qui lui arrivait, bien qu'elle se sût à terme et qu'elle eût déjà accouché trois ans auparavant, sans souffrance il est vrai et tout aussi rapidement. »

Jourdan donne aussi dans sa thèse (p. 14) une observation prise à Wilna. La femme se portait bien, excepté quelques coliques légères de temps à autre. En allant à la selle, comme elle se livrait à de violents efforts elle accoucha inopinément d'un enfant mort. La femme n'avait éprouvé aucune douleur, à tel point qu'elle resta stupéfaite à la vue de son enfant.

Brochin publia également une observation (1) d'accouchement simulant le faux besoin de défécation. Une II pare à terme éprouva dans la nuit quelques coliques. Elle se mit sur son vase et se releva presque aussitôt sans avoir rien rendu ; mais elle fut frappée en se relevant de « sentir un corps volumineux entre ses cuisses. » Comme elle en faisait part à la garde celle-ci l'examina aussitôt et ne fut pas peu surprise de trouver la tête d'un enfant pendant hors de la vulve. Aidée de la garde et de son mari la parturiente remonta dans son lit, et pendant l'effort pour enjamber, l'enfant sortit en entier sans qu'elle s'en aperçût à la moindre douleur. Elle eût même ignoré ce qui venait de se passer si elle n'eût été avertie par les cris de l'enfant. Quelques minutes après un second enfant franchissait le détroit inférieur du bassin, le vagin et la vulve sans plus de douleur ni de difficulté que le premier, et sans autre

1. Brochin, *Gaz. Hôp.*, 1854, 3^e s. n^o 30 11. III, p. 118.

sensation de la part de la mère que la perception en quelque sorte toute physique du passage d'un corps d'un certain volume à travers les parties génitales. Cette fois, confondant les cris de ce second enfant avec ceux du premier elle ne fut point avertie par là de ce qui venait de se passer, et crut que ce qu'elle venait de sentir passer était la délivrance. On le lui laissa croire jusqu'à mon arrivée. »

Nous terminerons en citant l'observation rapportée par M. le professeur Budin à la Société de médecine légale le 11 juillet 1887. Il s'agit « d'une domestique se disant grosse de huit mois environ. Ce même jour à 5 heures du soir, étant debout dans la cuisine, elle avait senti, sans malaise d'aucune sorte, qu'elle perdait de l'eau. Avant de partir pour la Maternité elle sentit le besoin d'aller aux cabinets d'aisances, là elle n'éprouva pas de douleurs et ne sentit rien de particulier. Arrivée à la Maternité, elle parut tout à fait étonnée lorsqu'après l'avoir examinée on lui dit qu'elle était accouchée. Les jambes et les vêtements de cette femme étaient souillés de sang frais (la malade ne s'en était pas rendu compte). On fit faire des recherches, et le placenta fut en effet retrouvé à la porte de la Maternité, à la place où cette femme était descendue de voiture. Le cordon était déchiré à 36 centimètres de l'insertion placentaire. L'enfant fut trouvé mort dans les cabinets où cette femme s'était rendue avant de monter en voiture pour la Maternité. Elle affirmait que quoique secondipare elle n'avait pas senti passer l'enfant. »

Mentionnons nos observations 24 et 26 où le travail a débuté par de fausses alertes de coliques.

« Les observations comme celles de Budin, dit Coliez, dans lesquelles ces besoins illusoires sont en tous points analogues comme durée et comme intensité aux sensations normales, au point que la femme peut accoucher sans sentir la moindre impression spéciale sont rares ; le plus généralement ces besoins sont persistants, douloureux même et dus à la compression de la partie inférieure du rectum par la tête fœtale. »

La femme est d'autant plus exposée à se méprendre sur ses sensations que « le besoin de défécation se fait sentir souvent et énergiquement dans les derniers temps du travail, fait connu de tous les accoucheurs, que les efforts excessifs et involontaires de la fin du travail amènent souvent l'accomplissement simultané de la défécation et de l'accouchement, et que la volonté de la femme à ce moment cesse d'être maîtresse. Elle est dominée par le besoin instinctif d'ajouter ses efforts d'expulsion aux contractions utérines (2).

Power (3) puis Depaul et Dubois (4) expliquent ces faits par ceci que l'accouchement au point de vue de son mécanisme physiologique ressemble aux deux fonctions de miction et de défécation. La miction et la défécation d'un côté, l'accouchement de l'autre, ne dif-

1. P. Budin : *Ann. Hyg. Méd. Lég.* 3^e s. XVIII, 1887, p. 550, chez Coliez. — 2. Adelon : *Ann. Hyg.*, 1855, t. IV, p. 464. — 3. Power : *Treatise of the principles of midwifery*, 1819, chez Coliez. — 4. P. Dubois et Dupaul : *Bull. Soc. Anat.*, 1839, p. 297.

fièrent que dans la disposition spéciale des sphincters. Alors que soit dans l'urèthre, soit dans le rectum, il existe deux sphincters, l'un interne lisse, l'autre externe strié, il en existe 4 dans le canal génital : 2 lisses (orifices externe et interne du col), 2 striés (muscles releveur de l'anus et constricteur de la vulve). Cette disposition nous expliquerait pourquoi l'acte de l'enfantement est plus pénible que celui de la défécation.

Accouchements par surprise occasionnés par une cause indépendante de la femme. — C'est dans ces faits seulement, beaucoup moins fréquents que les accouchements dus à une altération de la douleur — sans que nous sachions la cause intime de cette altération — que nous savons la cause véritable qui provoque et produit l'accouchement par surprise. En effet, dans une première catégorie de faits, l'accouchement est provoqué et précipité par une cause indépendante de la femme et qui agit sur le système nerveux central de celle-ci. Dans une autre catégorie de faits l'accouchement par sa marche est normale, mais il devient anormal par rapport au lieu où il s'effectue, lieu qui n'est pas toujours favorable à cet acte physiologique. La cause est ici d'ordre social (difficulté de transport). Dans ces cas du reste l'anxiété, l'émotion s'ajoutent à la cause première.

1° ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE FAVORISÉS PAR UNE ÉMOTION MORALE, PAR UNE IRRITATION PSYCHIQUE. — Les accouchements dont nous parlerons ici sont de véritables accouchements rapides. L'expulsion fœtale est toujours due à la contraction utérine qui, comme dans

tous les accouchements rapides, est *très douloureuse*. Les douleurs s'y succèdent promptement. Si nous réservons une place à part à ces accouchements rapides, c'est que la cause de la rapidité de l'accouchement ainsi que la provocation de celui-ci tiennent à une seule et même cause qui agit sur le système nerveux central et par voie réflexe non seulement la contraction utérine est réveillée, mais elle est rendue plus intense, plus douloureuse et plus rapide. Ces causes sont l'émotion morale, la frayeur, l'irritation psychique, l'anxiété, toutes indépendantes de la femme et venant de circonstances extérieures.

a) Une vive *émotion morale* peut provoquer l'accouchement très rapide. Nous avons déjà parlé de la belle-fille du prêtre Héli qui accoucha soudainement au moment où on lui apprit la mort de son mari et de son beau-père.

b) La *frayeur* peut aussi précipiter l'accouchement. Tous les accoucheurs savent qu'assez souvent la vue seule du forceps suffit à faire accroître et accélérer les contractions et terminer très rapidement un accouchement qui traînait en longueur.

c) L'*irritation psychique*, l'*anxiété* sont aussi causes d'accélération de l'accouchement. Cela se voit chez des femmes nerveuses, surtout, quand elles sont en chemin pour la Maternité. Si les douleurs augmentent de fréquence et surtout d'intensité, si en plus la Maternité est encore éloignée, alors la parturiente, pensant qu'elle n'arrivera pas à temps, devient *anxieuse*. Elle se hâte, d'où augmentation de l'anxiété et comme conséquence

redoublement des douleurs : l'expulsion de l'enfant peut se terminer soudainement.

d) Certains faits qui ne sont pas rares concernent les filles-mères. Par l'effet de nos mœurs, de l'état social actuel, la fille-mère est la plus exposée à des troubles psychiques variés qui aboutissent soit à l'inhibition des sensations et de la volonté, soit à une surexcitabilité et à une énergie incroyables.

D'après M. Brouardel c'est dans les *accouchements clandestins* qu'on voit le plus d'accouchements « précipités » ; et cela se comprend quand on songe que la femme a vécu jusqu'à ce jour « dans une tranquillité trompeuse ; elle a volontiers détourné sa pensée de la fin naturelle de sa grossesse : quand elle sent venir les douleurs et approcher le moment dont elle redoute les conséquences, elle tombe en proie à une surexcitation nerveuse qui stupéfie ou qui rend capable de tout » (1).

Dans ces circonstances, bien des actes commis ne l'ont pas été en toute conscience. Winekel en rapporte quelques exemples. Dans son observation n° 103 l'enfant tomba sur l'escalier de la demeure de la femme, celle-ci oublia de lier le cordon et vint à l'hôpital avec l'enfant saignant abondamment par ce cordon, trempée d'eau et de sang, sans bas et grelottant de froid. Cela se passait le 5 avril.

Obs. 55 de Winekel. — Une femme après avoir accouché en promenade et jeté de la terre sur le placenta alla chez une amie à une demi-lieue de là, tandis

1. Lamare : *Op. cit.*

que l'institut vers laquelle s'était dirigée tout d'abord n'était qu'à cinq minutes. Pas d'hémorrhagie bien que le cordon ne fût pas lié.

OBS. 174 de Winckel. — Une femme à son entrée dans la salle perdait sans s'en apercevoir, par rupture du cordon, une fille de 1420 gr.

Baudelocque et Velpéau (cités par Lamare) ont vu des cas où la femme peut accélérer ou ralentir l'accouchement. Duncan dit de même « Tous les accoucheurs ont observé des faits où l'augmentation volontaire des efforts expulsifs a suffi pour activer ou même précipiter des accouchements qui se seraient prolongés indéfiniment. Et cela peut s'observer avec une fréquence relative chez les filles-mères. Or, dans ces cas, l'enfant est projeté ce qui n'est pas sans danger pour lui.

La femme ou la fille-mère qui se retire dans un bois, dans un grenier, dans un endroit inhabité, dans une maison isolée pour y accoucher en secret ne commet aucune action répréhensible, elle est tout simplement imprudente, parce que s'il arrive un événement imprévu avec danger pour l'enfant « la justice humaine pourra l'accuser pour le moins d'homicide par imprudence (1) ». Or, dans ces conditions, les événements imprévus possibles sont nombreux : accouchement précipité avec projection de l'enfant et rupture du cordon, enfant né coiffé par les membranes et en mort apparente, etc., sans compter les accidents plus graves, hémorrhagie,

1. Marach : *Grossesse et accouchement*.

syncope, etc., qui peuvent mettre la femme dans l'impossibilité de secourir son enfant.

Il faut donc bien admettre d'une part que parmi les accouchements clandestins on peut trouver des accouchements soit très rapides soit inconscients, avec toutes leurs conséquences pour la mère et pour l'enfant ; et que d'autre part parmi ces filles-mères il en existe certainement quelques-unes qui se sont trouvées dans ces conditions par le seul désir d'accoucher en secret, et nullement en vue de nuire à leur enfant ; et qu'enfin s'il y a eu des conséquences fâcheuses pour l'enfant à la suite de l'accouchement par surprise, ce n'est pas toujours la mère qu'il faut accuser, puisque sa vie était aussi bien exposée aux dangers que celle du fœtus. Le coupable, c'est la société qui poursuit la fille-mère et l'oblige à rechercher ces conditions : l'accouchement secret.

2° ACCOUCHEMENTS PAR SURPRISE DE CAUSES SOCIALES. —

Il est manifeste que le départ trop tardif pour la Maternité n'a qu'une importance secondaire comme cause de l'accouchement par surprise quand le départ est dû à des circonstances plus importantes au point de vue étiologique : comme celles qui produisent un accouchement inconscient, rapide ou avec expulsion rapide, ou enfin est sous l'action d'une cause psychique.

Nous plaçons seuls ici les accouchements d'une allure tout à fait normale et qui se sont transformés en accouchement sur la voie publique parce que la femme a manqué le train, le tramway, la voiture, parce que la sage-femme ou l'accoucheur sont arrivés trop tard

ou ont mal dirigé l'accouchée. Ce sont toutes causes d'ordre social et commercial qui n'influencent aucunement l'accouchement lui-même, leur action ne porte que sur l'assistance de l'accouchée, assistance qui fait défaut malgré les précautions prises par la femme.

Nous pouvons rapporter ici notre observation n° 14. Cette femme était en travail, elle le savait; deux médecins avaient même tenté la version. Son accouchement en voiture n'est dû qu'au départ tardif pour la Maternité.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS

Avant d'aborder l'étude des complications et des accidents, et de la mortalité dans les accouchements par surprise, nous devons parler tout d'abord de quelques conditions qui se rencontrent surtout dans ces accouchements, et qui favorisent particulièrement ces complications et accidents.

I. — Conditions favorisant les complications et les accidents.

Parmi ces conditions, figure en première place l'*attitude* que la femme prend au moment de l'expulsion fœtale, puis vient le *lieu* où l'accouchement se termine. Enfin deux autres phénomènes d'origine maternelle ont aussi une très grande importance pour le fœtus et pour la mère, d'abord la *projection* et la chute du fœtus

au moment de l'expulsion, et ensuite l'impossibilité pour la mère de se secourir elle-même, et surtout de donner à son enfant les soins nécessaires.

1° Attitude. — La position que la femme peut prendre au moment de l'accouchement a été bien étudiée par Rigby (1), Legros (2), Ploss (3), enfin par G. Engelmann, traduit en français par P. Rodet (4), Verrier (5); plus récemment encore Lecoupacher (6), Coq (7), Eustache (8), s'en sont également occupés.

On a constaté que les femmes se mettaient, suivant le pays, dans différentes attitudes. Mais le décubitus, soit latéral (en Angleterre), soit dorsal (en France) est préféré par les femmes civilisées, car cette position paraît diminuer les chances d'accidents. La parturiente surprise par l'issue de l'enfant tend instinctivement à se coucher, à s'accroupir tout au moins, dans le but, comme le fait remarquer Corin (9) d'« agrandir le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur et aussi pour que l'effort produit soit plus considérable ». C'est

1. Rigby : *Medical Times and Gazette*, cité par Witkowsky.
— 2. Legros : *Gaz. Hôpit*, 1864, n° 33, p. 134-499. — 3. H. Ploss : *Ueber die lage u. stellung der frau wærhend der Geburt*. Lpz. 72. — 4. P. Rodet : *La pratique des accouchements chez les peuples primitifs*, 1886. — 5. Verrier : Différentes postures de la femme dans le travail de l'accouchement. (*Arch. de Tocol.*, mars 1885, p. 652). — 6. Lecoupacher : *Friedrich's blætter f. gerichtl. med. u. sanit. polizei*. Bd. XLIII, s. 216. —
— 7. Quelle est la position la plus favorable? *In J. Méd. Bruxelles*, n° 22, 1897. — 8. Eustache : *In Presse méd. belge*, t. II, p. 83, (1900). — 9. Corin : *Ztschrft. f. med. beamte*, 1893, p. 97.

ce qui se passe dans la défécation, que la station debout rendrait impossible ou presque impossible ; et pour laquelle il est naturel de s'accroupir. Mais dans les accouchements pas surprise la femme est le plus souvent surprise par une expulsion trop rapide, et elle n'a pas le temps de changer d'attitude. L'accouchement se fait dans la position que la femme occupait au moment de la surprise.

Cependant, les positions verticale et assise, les plus dangereuses pour le nouveau-né, ont été tour à tour admises et rejetées par les auteurs. C'est Klein qui, le premier, statistiques en main, prouva la possibilité des accouchements dans la *station verticale*. Plus tard, Hohl avait promis des primes aux femmes qui accoucheraient debout ; une seule parturiente réussit à se tenir, pendant l'enfantement, dans la position exigée. De cette expérience Hohl conclut, dans son traité, à l'impossibilité de tels accouchements ; il est allé même jusqu'à considérer comme de « purs mensonges » les accouchements dans la station verticale, qui serait pour l'accouchée une « inquisition ». Puis Casper, Fabrice, Olshause, Reinhard, Strassmann publièrent des cas authentiques, observés dans les cliniques, de cas d'accouchements dans la station verticale. Legros (1) cite aussi des cas observés par Delamotte, et par Pajot. Enfin Depaul (2) voulant concilier les deux opinions opposées, professe que « dans l'expulsion rapide et imprévue la station est possible », mais reconnaît en même

1. Legros : *loc. cit.*, 944 et 150. — 2. Depaul : *loc. cit.*

temps que « le plus souvent un certain degré de flexion des membres inférieurs diminue la hauteur de la chute ». M. Brouardel (1) fait aussi des réserves : « il est certain d'abord, dit-il, qu'il paraît difficile qu'une femme puisse accoucher dans la position verticale ».

Le 9 novembre 1898, MM. Bard et Keim (2) communiquèrent aussi à la Société d'obstétrique de Paris l'observation d'une femme qui était enceinte pour la sixième fois, et qui « accoucha alors qu'elle sortait du bain et se trouvait debout. »

Quant à la *posilion sur les genoux*, elle est très fréquente dans certains pays et considérée chez les Malgaches (3) « comme plus favorable » à la terminaison rapide de l'accouchement.

La *posilion assise* a été de même l'objet d'ardentes discussions. Ainsi, alors que Devergie (4), dans son rapport, disait d'une inculpée qu'elle s'était placée « sur l'ouverture d'une latrine *en y montant au lieu de s'asseoir*, par cela même qu'elle était dans l'impossibilité de le faire à cause des douleurs qui portent sur le siège », Adelon admettait l'opinion contraire, à savoir que cette femme avait accouché *assise sur la latrine*.

Nous donnerons ici les statistiques de Klein, de Goltz, de Moser et de Hellhake, qui permettront de se faire, sur cette question si controversée de l'attitude, une idée exacte.

1. Brouardel : *Gaz. Hôpit.*, 1888, p. 109. — 2. Bard et Keim : *In Gaz. hebdom. méd. et chirurg.* nov. 1898, p. 1124 — 3. Ranaivo : *Thèse Paris*, 1902. — 4. Devergie : *Ann. méd. lég.*, 1855, t. IV, p. 466.

Sur 183 cas, Klein trouve 155 accouchements debout, c'est-à-dire 83,60 0 0 ; dans 22 cas la parturiente était accroupie, et 6 fois à genoux. Sur 10 cas Goltz a observé 4 « accouchements précipités » dans la position verticale, c'est-à-dire 40 0 0 des cas ; 2 cas pendant la marche, 2 cas dans la position allongée pendant le transport en voiture, et 2 cas dans la position accroupie.

Des femmes étudiées par Moser, 9, (c'est-à-dire, 40,90 0 0) accouchèrent debout, 5 pendant la marche, 4 dans la position assise, 3 couchées, 1 accroupie.

Hellhake n'a de renseignements que pour 42 cas ; il trouve que 18 femmes c'est-à-dire 42,85 0 0 accouchèrent dans la station verticale, 15 couchées, 5 assises, 3 accroupies, 1 agenouillée.

Winckel trouve aussi des cas d'accouchement debout mais les accouchements dans la position assise sont chez lui plus nombreux.

Quant à la position dans laquelle nos sujets sont accouchés, nous trouvons 4 cas seulement sur 60, c'est-à-dire 6,66 0 0 dans la position verticale, 1 cas dans la position accroupie, 1 cas, assise à une terrasse, 1 cas, assise dans un fauteuil, 1 cas pendant la marche, et 34 cas où la femme a été plus ou moins bien allongée pendant le transport dans une voiture, dans l'ambulance, ou dans le coupé du chemin de fer.

Cette discordance des statistiques prouve 1^o que l'accouchement par surprise est possible dans toutes les positions ; 2^o que si chez certains auteurs on trouve qu'une de ces positions prédomine ce n'est certainement dû qu'à la rapidité ou à l'inconscience de l'ac-

couchement lui-même, mais bien aux moyens de transport du pays, à la façon dont les parturientes sont assistées, aux conditions dans lesquelles les observations ont été recueillies : voilà à quoi il faut attribuer cette prédominance de telle ou telle position.

Quant aux résultats négatifs des expériences de Hohl, nous croyons pouvoir n'y pas attribuer une grande importance et cela par cette simple raison qu'il a expérimenté sur des femmes hospitalisées, pour qui la marche du travail était certainement normale, sur des parturientes qui préféreraient assurément leurs commodités et les moindres douleurs aux primes proposées. Or dans les accouchements par surprise, la femme n'a pas la possibilité de se mettre à son aise, ni de rechercher la position la plus favorable, soit parce qu'elle est surprise et stupéfiée par une vive douleur expultrice, soit parce qu'elle ne se rend pas suffisamment compte, par suite de l'émoussement de la sensibilité, du passage de l'enfant.

2^e Lieu. — Les accouchements par surprise peuvent avoir lieu en tout endroit. On en a vu dans la cuisine, dans les couloirs, dans l'escalier, dans la cour, dans la rue, dans les voitures, dans les tramways, dans le coupé du chemin de fer, sur la plate-forme d'un wagon (observation Grigorow) (1), sur le brancard, dans le fauteuil, dans la nacelle d'un ballon (Witkowsky), dans les champs, dans les bois, à l'entrée, ou dans le jardin des hôpitaux, sur le marché public (Wrisberg) (2) ; en

1. In *Fromel's Jahrgang*, 1892, p. 409. — 2. Cité par Depaul : *op. cit.*, p. 471.

enjambant pour se mettre au lit (obs. Brochin), dans les cabinets d'aisances, dans un vase de nuit, etc., etc. Tout dernièrement une femme accouchée en automobile fut transportée dans le service de M. Boissard à la Maternité de l'hôpital Tenon. La parturiente peut être encore surprise par l'accouchement pendant ses occupations journalières, au moment où elle se rendait à l'hôpital, dans le bain, pendant une promenade (obs. Winckel n° 55), dans des processions, au théâtre, etc. Enfin l'enfant peut être projeté dans la fosse d'aisances, dans le liquide d'un vase (obs. Laugier), dans la mare du liquide amniotique mélangé au sang (obs. Baley⁸), dans un bain de vapeur (obs. de Hohl, citée par Depaul), etc.

Goltz trouve dans ses observations 13 cas d'accouchements par surprise dans la rue (c. à d. 36.36 0 0), 6 cas en voiture, 1 sur le vieux pont du Rhin, 2 cas dans un champ, 2 cas au bois, 1 cas dans un wagon de chemin de fer, 4 à l'entrée de l'hôpital et 4 dans le jardin.

Les accouchées de Hellhake se partagent ainsi : 12 cas (c'est-à-dire 27,90 0 0) dans la rue ou en route pour la Maternité, 7 cas dans une chambre ou cuisine, 3 au lit, 8 à la salle de consultation, 2 dans l'escalier, 2 aux cabinets d'aisances, 2 en voiture, 2 à une procession, 2 à la barrière, 1 cas dans une épicerie, 1 dans un wagon de chemin de fer, 1 sur un brancard.

Quant à nos parturientes, elles ont accouché : 35 dans une voiture et 10 dans une ambulance, 3 en chemin de fer, 1 sur un brancard, 8 sur la voie publique, (rue, trottoir, etc.), 1 à la terrasse d'un marchand de vin,

2 à la gare, 2 dans leurs jupes, 1 dans l'escalier, 1 dans le couloir de la Maternité, 1 dans le bain à la Maternité et 1 chez elle.

La majorité des accouchements par surprise a donc lieu sur la voie publique. L'endroit le plus important cependant au point de vue des conséquences, c'est les cabinets d'aisances, le vase de nuit, même le lit qui favorise quelquefois la projection du fœtus dans du liquide. Quant aux autres lieux ils ne sont importants qu'autant qu'ils permettent la chute de l'enfant d'une hauteur assez élevée.

Au point de vue médico-légal, on doit donc admettre la possibilité d'un accouchement par surprise en tout endroit, et ce ne sont que les circonstances particulières à chaque cas qui décideront si le cas en question pouvait se réaliser dans l'endroit prétendu.

3^e Projection et chute de l'enfant. — Les auteurs ne sont pas d'accord : les uns soutiennent, par des raisonnements divers, que la projection du fœtus est impossible et la chute de l'enfant neutralisée, d'autres au contraire admettent la possibilité de ces deux phénomènes.

Ainsi Hohl (1) niait l'accouchement précipité et affirmait qu'« une fois que la tête de l'enfant est sortie du vagin il reste très peu de corps dans la matrice, et qu'alors la force d'expulsion de ce dernier organe est presque nulle ; d'un autre côté les efforts de l'accouchement ne favorisent que l'expulsion du tronc : or

1. Cité par Lamare, *op cit.*, p. 80.

quand la tête est passée, la femme est ordinairement dans un tel état d'épuisement qu'il faut l'exciter à faire des efforts quand on veut hâter l'expulsion du tronc. M. Brouardel enseigne de même (1) qu'« il ne faut pas croire qu'un enfant *bondisse* du ventre de la mère comme le noyau d'une cerise qu'on presse entre ses doigts ».

Et cependant déjà M. Mahon (2) disait qu'un spasme violent de la matrice peut, ainsi que plusieurs observations en font foi, *expulser tout à coup* le fœtus, la mère étant debout et marchant. M. Blin (3) raconte aussi que « le fœtus *lancé* par une contraction violente de l'utérus » peut tomber à terre. Mais les faits observés par M. Maygrier (4) et M. le professeur P. Budin enlèvent toute espèce de doute sur la possibilité de la projection de l'enfant. « La femme, dit M. Maygrier, couchée sur le dos, poussait vigoureusement. A un dernier effort, la tête sortit brusquement, bien qu'elle fût soutenue par la sage-femme qui assistait cette femme, et l'enfant fut *projeté* sur le lit. A cet instant le cordon se rompit. » Dans les deux observations de M. le Professeur Budin il s'agissait aussi de parturientes couchées au lit ; les cordons étaient intacts. Les enfants furent projetés subitement au-delà des genoux de la femme, et les cordons se rompirent.

Suivant Wigand ces faits seraient plus fréquents

1. Brouardel : Leçon. *Gaz. Hôp.* 1888, 31 janv., p. 109. —

2. M. Mahon : *Encyclopédie méthod.* MDCCXCII, art. cordon ombilical. — 3. Blin : *Ann. Hyg. et méd. coloniale*, 1901, t. IV, p. 134. — 4. Maygrier : Cité par Leray, thèse de Paris.

dans les accouchements clandestins, parce que l'inquiétude et la terreur déterminant un état spasmodique de l'utérus, l'enfant est *chassé* soudainement.

Quant à la **chute** de l'enfant, elle n'aurait pas de graves conséquences pour le nouveau-né, suivant Hohl, parce qu'elle serait amortie par le frottement du fœtus aux parties maternelles, et contre les jupes. Cela n'est vrai qu'en partie. Cette chute est toujours dangereuse pour l'enfant, le frottement amortisseur de la chute a été exagérée par Hohl ; en effet la femme qui accouche debout écarte plus ou moins les pieds et le vide qui se fait entre les jambes de la mère s'accroît de haut en bas ; puis tout le monde sait combien la surface fœtale est glissante.

4° **Impossibilité pour la mère de secourir son enfant.** — La mère peut se trouver dans l'impossibilité en question soit à la suite d'une syncope, d'un évanouissement survenu au moment de l'accouchement, soit à la suite d'une maladie antérieure qui la prive de sa conscience, soit par ignorance (ex. notre observat. 65 où l'enfant resta longtemps coiffé à la vulve), soit enfin après un trouble psychique survenu au moment de l'accouchement, ce qui peut se voir surtout dans les accouchements clandestins, comme les observations de Winckel en font foi.

II. — Complications et accidents.

Les dangers auxquels la mère, l'enfant et les annexes sont exposés dans un accouchement par surprise peuvent

survenir soit pendant l'accouchement, soit pendant la délivrance, soit enfin après l'accouchement. Nous les étudierons donc successivement dans ces trois périodes.

1° COMPLICATIONS ET ACCIDENTS PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — Nous diviserons ces dangers en trois groupes, suivant qu'ils concernent la mère, l'enfant ou les annexes.

A. — MÈRE. — Les complications les plus fréquentes qu'on observe du côté de la mère sont : 1° déchirures du périnée, du vagin et quelquefois du col utérin, 2° inertie utérine et rupture de l'utérus, et enfin 3° hémorrhagie due au décollement du placenta ou aux tiraillements du cordon, et parfois syncope de la mère.

Les **déchirures du périnée** sont décrites par tous les classiques à propos des accouchements rapides. Elles ont été plus récemment étudiées par M. le professeur P. Budin (1), puis dans les thèses de Dromain (1877), Teulat (1878), Sallé (1892) et Radier (1893).

L'accident le plus fréquent est la rupture du *périnée* ; plus rares sont les déchirures du *vagin* (obs. de Winkel, et obs. de Fasbender, Siebemaun, Hecker, cités par Bonnemaïson). La déchirure peut aller depuis la simple éraflure jusqu'à la déchirure complète atteignant le sphincter et l'*anus* (observ. Abbot (2), et observ. Hellhake). Beaucoup plus rarement on observe une *déchirure du col* ; celle-ci est le plus souvent incomplète ; quelquefois cependant elle est totale et circu-

1. P. Budin : *Th. d'agrégation*, 1878. — 2. Abbot : *Boston med. and. Surgery*, XCVI, cité par Coliez, p. 87.

laire, comme si le col était décapité, ainsi que l'attestent les observations de Scott, Power, Kennedy, Lange (1). Enfin Winckel cite un cas de déchirure portant sur le *clitoris*.

La fréquence de ces lésions ne paraît pas être très grande. Sur 23 cas en effet Reinhard n'en a observé aucune; de même Bidder et Sutugin de Saint-Petersbourg. Koch ne constata que 7 déchirures du périnée sur ses 37 accouchements précipités. Goltz n'en signale qu'un seul cas, sur 36 sans aucune blessure. Moser ne trouve parmi ses 22 « accouchements de la rue » que 3 déchirures du périnée au deuxième degré, les trois chez des primipares et pendant la station verticale ou la marche. P. Strassmann n'en a vu que deux cas, l'un chez une primipare, le fœtus pesant 2900 gr., l'autre chez une secondipare, le fœtus pesant 3590 gr. Sa dernière observation est importante; la même femme n'avait eu aucune blessure du périnée pendant le premier accouchement, quoique l'enfant pesât 3950 grammes. Bonnemaïson ne nous donne que 6 déchirures légères du périnée, et 5 larges, mais il n'en a observé aucune complète sur 82 cas. Hellhake a vu 11 déchirures très légères du périnée, sur 47 cas, c'est-à-dire dans 23,4 0 0 des cas, dont 7 chez des primipares et toutes du premier degré sauf une du second, et 4 du premier degré excepté une du troisième chez des secondipares. Hugenberg trouve dans 6,9 0 0 des cas une légère déchirure péri-néale, Héraucourt dans 16 0 0 et Winckel dans 27 0 0

1. Cités par Coliez, *l. c.*

des cas. Seul Klein arrive à une proportion de 50 0 0.

Sur nos 66 observations nous ne trouvons que 4 blessures des organes génitaux externes (60,6 0 0) toutes quatre chez des primipares (n^{os} 7, 10, 33, 44); deux n'entament que la fourchette, une se prolonge un peu dans le périnée, et la dernière consiste en une perforation centrale de la petite lèvre droite, admettant l'extrémité de l'annulaire.

Pour expliquer ces déchirures, on a invoqué plusieurs causes ; la primiparité, surtout l'âge avancé des primipares, l'albuminurie, le défaut d'élasticité du périnée et enfin le poids du fœtus seraient des causes les plus prédisposantes aux déchirures du périnée. Il ne faut pas cependant exagérer cette prédisposition. Si les primipares souffrent davantage de ces complications, c'est que les accouchements par surprise sont chez elles très fréquents. Hellake fait d'autre part observer que parmi ses trois primipares âgées, une seule présente une déchirure du périnée, quoique l'accouchement ait été aussi soudain chez les deux autres. Winckel et Koch font observer aussi que le poids de l'enfant est tout au moins de peu d'importance étiologique pour les déchirures du périnée. Ces auteurs trouvent en effet que les déchirures les plus graves sont observées avec des enfants de poids inférieur à 3000 grammes. Hellbake trouve aussi que dans 66,6 0 0 de ses déchirures l'enfant ne pesait que 2670 grammes et dans 4 seulement sur 11 cas de déchirures, le poids de l'enfant était de 3290 grammes. Dans un de ces cas, n^o 33, quoique l'enfant ne pesât que 2750 grammes, la déchirure du

périnée était complète. De même dans nos observations de déchirures, n^{os} 7 et 44, les enfants ne pesaient que 2500 et 2770 grammes.

La position de la femme au moment de l'expulsion fœtale jouerait aussi un rôle dans les déchirures du périnée, suivant Hellhake. Il trouve 4 déchirures dans la station verticale, 3 dans la position assise et 3 dans le décubitus. Koch ne donne que 4 déchirures pour les accouchées se tenant debout et 3 pour les femmes assises. Winckel trouve que les femmes assises déchirent le plus fréquemment leur périnée (15 cas) tandis que pendant la station 9 seulement rompirent leur périnée, et 4 seulement dans la position accroupie.

Mais les causes véritables de ces déchirures sont soit la rapidité de l'*expulsion fœtale* facilitée par l'exiguïté du fœtus coïncidant avec un bassin assez large et le défaut de soins en vue de protéger le périnée, soit la *déflexion prématurée de la tête* ou le dégagement trop brusque des épaules.

En effet « si les orifices, dit M. le professeur P. Budin (1), formés par des tissus vivants peuvent se laisser dilater à un degré quelquefois extraordinaire, lorsqu'on les distend lentement, ils se déchirent au contraire avec la plus grande facilité lorsqu'on agit sur eux d'une façon trop brusque », ce qui se réalise le plus souvent dans les accouchements précipités. La déchirure est facilitée encore par ce fait que dans les accouchements par surprise la parturiente n'est *pas assistée* ;

1. P. Budin : *Thèse d'agrégation*, 1878.

personne ne dirige le dégagement de la tête et l'accouchée n'étant pas prévenue ne modère pas la force expultrice des dernières contractions.

D'après Winckel, les déchirures vagino-périnéales sont deux fois et demie plus fréquentes dans les accouchements brusques avec *tête fortale plus petite* que dans la normale. Et Fasbender et Liebmenn (1) attribuent ce fait à la rapidité d'expulsion, d'autant plus grande que la tête est plus petite. Enfin Auvard fait intervenir un autre facteur qu'il appelle la *déflexion prématurée de la tête* (2). « Le pubis au lieu de se mettre en relation avec le sous occiput est plus ou moins rapproché de la suture lambdoïde. Il en résulte que la tête de l'enfant au moment de son dégagement se présente par des diamètres dont les dimensions sont bien supérieures à celles des diamètres sous-occipitaux.

L'**inertie utérine** a été notée quelquefois ; elle serait due à la déflexion brusque de l'organe distendu.

La **rupture de l'utérus** est considérée par Mme Lachapelle comme fréquente (3). C'est parce qu'elle compte comme telles les déchirures du col aussi. Crantz (1759) (4), Baudelocque (1759) (4), ont aussi cité des cas de rupture de l'utérus dans les accouchements rapides. Des auteurs récents, seul Heraucourt donne un cas de rupture utérine dans l'accouchement par surprise.

L'**hémorrhagie** a été observée dans 16 0 0 des cas de Koch, 16 0 0 de Winckel (la vie de la femme menacée

1. Cités par Coliez, p. 87. — 2. Auvard : *Mém. d'obstétrique*. — 3. Mme La Chapelle : III, 97. — 4. Cités par Bonnemaïson.

en 6 cas), 17 0 0 de Hellhacke. Bonnemaison donne aussi sept cas d'hémorrhagie, dont deux amenèrent la mort de la mère. M. Brouardel pense que dans les accouchements clandestins, les hémorrhagies sont bien plus abondantes que dans les accouchements ordinaires. Nous trouvons seulement dans les numéros 63 et 66, une faible hémorrhagie.

La cause de ces hémorrhagies, il la faut chercher, soit dans le décollement ou la déchirure du placenta, conséquence du tiraillement du cordon, soit dans l'inertie utérine, celle-ci plus fréquente chez les multipares. Nous pouvons donc conclure avec Winckel et Hellhake, que *l'hémorrhagie pendant ou après l'accouchement par surprise est bien préparée par l'inertie utérine et par la rupture du cordon.*

La **syncope** et la **perte de la connaissance** sont le plus souvent consécutives à l'hémorrhagie. Nous en avons parlé plus haut.

L'*ulbuminurie* est notée dans notre observation n° 18.

B. — ENFANT. — Le nouveau-né, projeté avec plus ou moins de violence hors des parties génitales, est exposé aux contusions, aux commotions cérébrales, aux blessures (ecchymoses, hématomes, fissures crâniennes, fractures du crâne), à la rupture des organes internes, et notamment du foie, à la mort apparente, à l'asphyxie, soit par compression de la tête pendant le travail, soit par l'application des membranes sur le devant de la tête, soit par une circulaire trop serrée, soit par défaut d'air, la tête ayant été projetée dans l'eau, dans la mare du liquide amniotique et du sang,

ou enfin dans le liquide d'un vase, d'un seau, soit enfin par refroidissement ou par hémorrhagie secondaire, à la suite d'une rupture du cordon, etc. etc.

La **compression de la tête** du fœtus pendant le travail est indéniable pour les accouchements normaux. La preuve en est fournie par les fissures et les fractures du crâne constatées à la naissance. Dans les accouchements par surprise cet accident paraît impossible ; le bassin rachitique lui offre cependant des conditions favorables. Cette compression peut même aller jusqu'à la mort ; Winkel en cite un cas. La compression céphalique produirait selon Winkel une anémie cérébrale d'où s'en suivrait l'arrêt de la respiration et la mort.

Ophthalmie purulente. — L'enfant est exposé au moment des accouchements par surprise aux infections oculaires. Bonnemaison rapporte trois cas d'ophtalmie. Nos enfants n^{os} 27, 48 et 49 présentent également cette affection ; l'état de leurs yeux est très mauvais puisque l'enfant n^o 27 avait présenté l'opacité de la cornée, pour sortir ensuite guéri. Quant aux deux autres ils sont partis non guéris l'un, n^o 48, avec opacité de la cornée, l'autre, n^o 49, avec ulcération de celle-ci.

La commotion cérébrale a été établie en principe par Hencke (1) dans les accouchements brusques. Notre parturiente n^o 47 secondipare dit que l'enfant avait reçu un choc assez violent sur la tête.

Les **contusions, l'ecchymose, l'hématome** sont les accidents les plus fréquents dans la chute de l'enfant

1. Cité par Coliez, p. 31.

après sa naissance. Hellhake mentionne un cas de contusion chez un enfant tombé dans les cabinets. Winckel a observé un cas d'hématome sur la tête. Moser (1) note un cas avec ecchymose faciale et un autre avec hématome. Notre enfant n° 12 présente aussi de l'ecchymose sur la face et un céphalématome sur la partie postérieure du pariétal ; tandis que le n° 66 n'a que de l'ecchymose sur la tête (1).

Fissures et fractures crâniennes. — Pendant longtemps les médecins légistes avaient admis l'aphorisme de Haller (cité par Néglé et Grenser) que « les fractures du crâne ne se rencontrent jamais dans un accouchement naturel, et sont par conséquent un signe de violences exercées sur le fœtus. » Les observations démentirent cette opinion. Danay (2) avait déjà relaté des enfoncements du crâne chez des multipares avec bassin normal. Lelièvre (3) a bien décrit des enfoncements, des fissures, des fractures remarquées souvent bien après la naissance, quoique survenues au cours d'accouchements ordinaires où le rétrécissement du bassin ou l'excès de volume de la tête du fœtus avaient passé inaperçus.

Quant aux fractures du crâne dans les accouchements par surprise, elles ont été niées par Klein ; cet auteur n'a observé en effet aucune fracture parmi ses 183 observations, bien que 150 femmes aient accouché debout. Siebold (4), Stolz, Hohl n'admettent pas non plus l'existence de ces fractures. Ce dernier auteur

1. *Op. cit.*, 17. — 2. Danay : *J. de Chirurg.* 1843. — 3. Lelièvre : *Thèse Paris*, 91. — 4. Cité par Depaul, *op. cit.*

explique l'absence de telles fractures par ce que les femmes ne pourraient accoucher debout, qu'elles s'accroupiraient instinctivement et réduiraient ainsi la hauteur de chute. Le frottement du fœtus contre les jambes ou le vêtement de la femme, et enfin la rupture du cordon (Tardieu) quoique brusque amortiraient la chute de l'enfant.

Casper prouva cependant expérimentalement sur 60 cadavres d'enfants combien les os minces du crâne se fracturaient et se fissaient facilement. Eer (1) a même pu obtenir des fractures crâniennes typiques en laissant tomber des crânes. Chaussier (2) a aussi expérimenté avec succès sur 30 cadavres d'enfants.

Ces expériences ne sont pas concluantes : on ne peut comparer un cadavre, un crâne desséché, à un fœtus recouvert de parties molles, élastiques et glissantes ; puis le fœtus ne tombe jamais directement de haut en bas, il est projeté suivant l'axe de l'orifice vulvaire, et l'enfant tombe sur la face ou à plat ventre ; le sol où tombe l'enfant n'est pas toujours dur, il peut être par exemple couvert de neige (ex. recueilli à la Maternité de Strasbourg).

Cependant *les fractures du crâne dans les accouchements par surprise existent, quoique moins fréquentes que la rupture du cordon*. L'opinion de Pfannkirch, suivant laquelle la rupture du cordon modérerait la chute est niée par Kuby (3). L'avis de Hohl suivant

¹ 1. Cité par Strassmann : *op. cit.* — 2. *Traité des accouch.* de Tardieu et Devergie ; 1, 448. — 3. *Congrès des naturalistsy spire*, 1861, cité par Coliez.

lequel la femme s'accroupissant réduirait la hauteur de la chute n'est pas toujours exact ; au contraire cette hauteur se trouve augmentée quand la femme est sur l'orifice de la fosse d'aisances, quand elle monte sur le tabouret pour se mettre au lit, quand elle monte en voiture ou en descend etc. Le défaut d'ossification des os craniens favorise aussi leur rupture. Bonnemaison a observé 4 cas de fracture du crâne ; Winckel en a aussi vu un cas. Le siège de la fracture est presque toujours l'os pariétal. Vibert mentionne cependant l'observation d'un enfant qui présentait une fracture concentrique au trou occipital.

Mais si la fracture du crâne est possible, « cette chute ne produira généralement pas la fracture du crâne ni même des contusions graves. C'est là certainement la loi, mais il est impossible de ne pas admettre qu'elle puisse souffrir, si rares qu'elles soient, des exceptions » (Tardieu). Quant à la gravité des fractures, Siebold (1), Bayaret (2), Olivier d'Angers (2) ont rapporté des cas de mort de l'enfant à la suite de cet accident.

On a publié aussi de nombreuses observations de fractures craniennes qui ne furent pas mortelles. Dans l'observation d'Olshausen (3), l'enfant tomba contre une marche d'escalier et mourut dix-huit jours après de diarrhée. L'autopsie fit découvrir une fissure atteignant toute l'épaisseur du crâne. Vibert (4) constata à l'autop-

1. Siebold : Cité in *Dict. Dechambre*, art. accouch. —

2. *Ann. Hyg.*, XXIV, p. 331, XXII, p. 139. — 3. In Coliez, *l. cit.* — 4. *Op. cit.* p. 436, note 1.

sie d'un enfant tombé du premier étage dans la rue immédiatement après sa naissance et mort 21 jours après d'atropsie une fracture en S du pariétal avec chevauchement des fragments, et cela presque consolidée. Jayet (1) rapporte deux exemples analogues.

Dans l'observation de Koch (2) l'enfant n'est mort que le onzième jour, cela prouve que la mort consécutive à la fracture du crâne n'est pas toujours immédiate.

Rupture des organes internes du fœtus. — C'est surtout *le foie*, organe friable, qui en est affecté. PinCUS de Kœnigsberg et Bittner de Militch, cités par Coliez, rapportent deux exemples du fait. P. Strassmann dit en avoir vu aussi. Enfin MM. Bard et Keim (3) constatèrent à l'autopsie d'un enfant que la capsule de Glisson était largement déchirée sur la surface convexe du lobe hépatique droit : d'où hémorrhagie intrapéritonéale.

Les **tiraillements** et la **traction** violente opérés sur les tissus qui constituent l'anneau ombilical seraient la cause, suivant M. Blin (4), des **hernies ombilicales**, affection si fréquente chez les nègres d'Afrique : dans ces pays les accouchements rapides seraient fréquents.

Des **circulaires** serrées auraient causé la mort d'un enfant observé par Négrier (5).

Des **hémorrhagies secondaires** à la suite de la rup-

1. Thèse, Paris 1858. — 2. *Arch. für gynec.*, 1883, n° 96 — 3. *Op. cit.* — 4. Blin : *op. cit.* — 5. *Ann. Hyg et méd. leg.*, 1841, XXV. 126.

ture du cordon quand l'enfant respire mal ou quand il est trop serré dans son maillot (Depaul) sont possibles.

Le **refroidissement** de l'enfant surtout dans les accouchements par surprise sur la voie publique pendant l'hiver peuvent occasionner la mort. P. Strassmann a vu un cas de ce genre. Notre enfant n° 31 a aussi subi l'influence du refroidissement.

La **mort apparente** et l'**asphyxie** de l'enfant après sa naissance peuvent être causées par sa projection dans un liquide (eau, sang, liquide amniotique, liquide des cabinets d'aisances). On en a publié plusieurs exemples. P. Strassmann a vu un enfant qui avait aspiré du liquide d'un vase de nuit. Adelon rapporte le cas d'un enfant tombé dans une fosse d'aisances par un orifice de 27 centimètres de diamètre ; il vécut. Toussaint (1) parle d'un enfant qui resta 4 heures dans un tuyau de fosses d'aisances et que l'on put ranimer et faire vivre.

Les **traces** que la mère imprimera sur le fœtus en tirant sur la tête pour aider elle-même à l'expulsion qui tarde à se faire sont d'ordinaire faibles. Casper pense cependant, que dans certains cas le diagnostic restera douteux.

C. — ANNEXES. — Dans les accouchements par surprise ce sont les accidents du côté des annexes qui sont les plus fréquents ; ils peuvent concerner les membranes (expulsion simultanée du fœtus et des mem-

1. *Ann. Hyg. et méd leg.*, 1872, XXXVII, 438.

branes, ou coiffure de la tête fœtale par les membranes) soit le cordon ombilical qui peut être comprimé ou rompu, et qui consécutivement peut occasionner une hémorrhagie funiculaire ou ombilicale.

La **compression du cordon** pendant le travail dans les accouchements par surprise a été signalée une fois par Moser (1), et l'enfant a failli mourir de l'asphyxie consécutive. Winckel rapporte aussi deux cas mortels de compression du cordon. Dans l'un de ces cas il y avait *procidence* du cordon, et Winckel croit que la compression et la procidence peuvent occasionner dans 50 0 0 de ces cas la mort ; dans l'autre cas, la compression s'est exercée sur une double *circulaire* très serrée. Hellhake cite un cas de mort apparente à la suite de la compression du cordon par la tête : l'enfant se présentait par le siège. Cet accident est d'autant plus compréhensible que la majorité des cas d'accouchement ne sont rapides qu'en apparence.

La **rupture du cordon** est de tous les accidents dans les accouchements par surprise le plus fréquent. Winckel avait observé 31 ruptures du cordon, c'est-à-dire 14,7 0 0 sur ses 216 cas ; Koch, 6 cas (19,3 0 0 ; Bonnemaïson (2) n'en donne que 19 et P. Strassmann 2. Hellhake (3) en mentionne 16 (34 0 0). Parmi nos observations nous ne trouvons que deux ruptures du cordon, n^{os} 26 et 66 ; mais nous ferons observer aussi que l'accouchement n'a eu lieu dans la position verticale que dans 4 cas.

1. *Op. cit.* p. 18. — 2. *Op. cit.*, p. 53. — 3. *Op. cit.* 65.

Nous voyons donc que la rupture du cordon existe réellement. Cependant le fait n'est pas admis facilement par tous les auteurs. Hohl (1), Tardieu, Descout ne veulent voir que les exemples de forte résistance du cordon. La rupture spontanée n'existe pas pour M. Descout, elle est toujours criminelle. M. Brouardel (2) dit aussi que « pour sa part, il se déclare incapable de rompre un cordon avec ses mains, sans y faire une petite fissure avec l'ongle, ayant tenté souvent l'expérience à la Morgue », Negrier (2) puis Devergie affirment que « le cordon ombilical, dans la très grande majorité des cas, est assez résistant pour étrangler un enfant qui naît, puisqu'il peut quelquefois supporter sans se rompre 9 kilos ». Hellhake (3) rapporte même un cas (n° 43) bien observé et très intéressant : l'enfant fut arrêté dans sa chute, suspendu au cordon flottant en l'air pendant un certain temps ; puis la rupture du cordon survint et le fœtus tomba sur le sol. Grâce à cette résistance du cordon, suivant ces auteurs, les blessures de l'enfant seraient rares et les fractures crâniennes impossibles.

Cette opinion a cependant été réfutée par plusieurs expérimentateurs. Spat (4) de Vienne a prouvé qu'un poids de 1776 gr. tombant d'une certaine hauteur produit absolument le même effet que 11 livres attachées simplement à un cordon. Schatz (5), Pfannkuch (6), Mo-

1. In Tardieu : *Infanticide*. Paris 1868. — 2. *Ann. Hyg.* 1841. p. 136. — 3. *Op. cit.* p. 69. — 4. Cité p. Leray : Thèse Paris, 18. — 5. *Arch. gynæk.*, 1876, IX. — 6. *Id.*, 1875, VIII.

noyer (1), Chaussier (2), Mory (3) ont insisté sur l'importance de la chute dans la rupture du cordon. Les expériences de Dupont (3), de Staes (4), de Leray sont encore plus démonstratives. Pour répondre à certaines objections adressées aux expérimentateurs précédents, Lamare (*op. cit.*) s'est servi de cordons datant de quelques heures à peine et il injectait du liquide tiède : il se rapprochait ainsi le plus possible de la normale.

Mais si l'on peut faire aux expériences certaines objections, la rupture spontanée du cordon est sans réplique. On a publié en effet plusieurs exemples de rupture spontanée. Telles sont les observations de Spoet (5), de Bontemps (6), de F. Perret (6), de Maygrier (7) et de Budin (8).

Au point de vue étiologique les ruptures du cordon dans les accouchements par surprise peuvent se diviser en trois groupes : tout d'abord ruptures spontanées du cordon (la cause en reste inconnue, obs. Maygrier, Bontemps, Perret, etc.); puis viennent les *ruptures accidentelles* de Lamare, produites par des causes indépendantes des forces qui entrent spontanément en jeu dans l'accouchement, et qui peuvent se rencontrer aussi bien dans les accouchements ordinaires. Comme causes de ces dernières rupture son considère 1° les convulsions de l'enfant (Briand et Chaudé); 2° les convulsions de la mère (Mahon); 3° la traction sur le cordon pour la déli-

1. *Physique de Wund*, p. 78. — 2. Cité par Coliez, *op. cit.* — 3. *Thèse Paris*, 1885. — 4. *Thèse Lille*, 1888. — 5. *Kliník. Geburtsh.*, 96. — 6. *Ann. Hyg.*, 1888, 54 et 55. — 7. *Progrès Méd.*, 1888, n° 7. — 8. *Ibid.*, 1887, n° 5. — 9. *loc. cit.*

vrance, dans le cas où la mère se délivre elle-même ;
4° l'éloignement brusque de la mère après naissance
(obs. P. Strassmann (1), l'accouchée s'était *brusquement*
avancée ; (obs. Maygrier) (2) : la femme s'est *brusque-*
ment redressée après avoir accouché accroupie); obser-
vation Ehrmann, citée par P. Strassmann : le cordon
s'est rompu au moment où la parturiente se préparait
à *descendre de son lit* (notre observation n° 26). En
dernier lieu viennent les *ruptures favorisées par l'ac-*
couchement par surprise lui-même, ou par les circons-
tances (*chute de l'enfant*), de celui-ci :

Comme causes prédisposantes à ces dernières rup-
tures on cite : accouchement prématuré, division des
vaisseaux, insertion vélémenteuse, état du cordon et
de ses vaisseaux qui peut être *variqueux, grêle, anévris-*
mal, ou peut présenter des *points faibles* ou des *érafle-*
res. La *tension exagérée* du cordon est aussi, d'après
Hoffmann (*l. c.* 737) d'importance.

Mais la cause essentielle des ruptures du cordon
dans les accouchements par surprise, c'est la *chute* de
l'enfant, qui est conditionnée par les forces expultrices
d'une part, par la hauteur de laquelle tombe l'enfant
d'autre part ; et enfin par le poids de l'enfant. Le *poids*
qui ne varie relativement que peu d'un enfant à l'autre,
n'a pas grande importance. D'autre part, plus les enfants
sont petits, plus le cordon est grêle, plus aussi l'expul-
sion est rapide et brusque. Les *forces expultrices* de
l'enfant ont une très grande valeur : nous avons cité

1. *Loc. cit.* — 2. *Loc. cit.*

des observations dans lesquelles ces forces mises seules en jeu avaient occasionné la rupture du cordon. (obs. Budin). Winekelet Hellhake ont observé que les forces expultrices sont d'autant plus vigoureuses que la *rupture de la poche des eaux est plus tardive*. La hauteur de laquelle tombe l'enfant influe aussi beaucoup sur la rupture du cordon ; or elle est fonction de la *position* dans laquelle la femme accouche, de la *longueur* du cordon et du *lieu* sur lequel la femme accouche.

La *position verticale* offrant la plus grande chute se trouve en effet la plus fréquente dans les ruptures du cordon. Aussi dans les 16 ruptures de Hellhake, 14 fois les femmes accouchèrent debout, 1 fois la femme était accroupie, et 1 fois assise. Dans nos 2 ruptures les femmes étaient debout au moment de l'expulsion.

Si l'accouchement se produit *au-dessus des fosses d'aisances*, dans l'*escalier*, sur un *pont*, en *montant ou descendant de voiture*, ou du *lit*, la hauteur augmente encore et la chute est plus longue, ce qui permet la rupture du cordon même très long, la femme fût-elle accroupie.

Enfin la *brièveté naturelle ou accidentelle* du cordon (circulaires, nœuds) ne permettant pas à l'enfant d'arriver jusqu'au sol en occasionne aussi la rupture.

Le *siège de la rupture* est variable ; généralement elle est située à une des extrémités, soit plus près de l'insertion placentaire (Bonnemaison 5 cas), soit près de l'ombilic (Bonnem. 10 cas. Bontemps, Perret, Budin). Mais elle peut siéger aussi au milieu de la tige funiculaire (Bonnemaison 3 cas.) Ces faits réfutent absolu-

ment l'opinion de Klein (1) et de Briand, qui n'admettent pas la possibilité de la rupture du cordon en son milieu ; ainsi que l'opinion de Chantreuil (2) pour qui la rupture se ferait ordinairement au milieu du cordon. La rupture est généralement unique. Schatz, Winckel, Koch ont cependant publié des cas où le cordon présentait plusieurs ruptures ou déchirures.

Les caractères de la rupture sont décrits par tous les classiques. Elle est en général très facile à différencier de la coupure du cordon. Il y aurait cependant des cas où le diagnostic serait très douteux.

L'hémorrhagie ombilicale soit par le bout placentaire soit par la portion ombilicale peut être la conséquence de la rupture du cordon. Elle est rare.

Suivant Winckel et Ribemont (3) l'hémostase est spontanée et rapide grâce à la rétraction de la paroi vasculaire du cordon et à l'établissement de sa circulation pulmonaire.

Déjà en 1735 Schulzius (4) avait mentionné des cas où l'hémorrhagie ombilicale n'était pas mortelle. Casper, Hoffmann, Briand et Chaude, comme Tardieu soutiennent la même opinion.

Caseaux (*op. cit.* 627) Devergie (5), Delamotte (6), Tarnier (7) et Budin pensent que l'hémorrhagie ombilicale dans les accouchements rapides est peu à crain-

1. Cité par Legrand du Saulle (Méd. lég. 325). — 2. *Thèse d'agrégat*. Paris 1883. — 3. Ribemont : *Hémorrhag. du n.-né* (thèse Paris), 80. — 4. *In Encyclop méth.* Paris MCCCXII, art. cordon. — 5. *Op. cit.*, I, 326. — 6. Cités par Coliez. — 7. *In dict. Jaccoud*, art. cordon.

dre. Klein n'a observé aucun cas de ce genre dans ses 21 ruptures du cordon ; P. Strassmann non plus.

Hellhake donne une seule observation d'hémorrhagie « assez forte » (n° 33). Winckel donne aussi 3 ruptures funiculaires avec forte hémorrhagie. Dans nos deux cas de rupture du cordon l'hémorrhagie faisait défaut ; il est vrai que dans l'observation n° 25 on avait pratiqué la ligature provisoire.

Les vaisseaux de l'enfant sont exsangues après l'hémorrhagie funiculaire abondante (Tardieu) ; celle-ci empêche aussi la production des ecchymoses si l'enfant a été en même temps suffoqué. Ces deux signes ont une très grande importance en médecine légale.

La coiffure de la tête fœtale par les *membranes* peut être dangereuse pour l'enfant. Dans notre observation n° 65, en effet, l'enfant est né en mort apparente, par ce fait que la tête est restée longtemps à la vulve coiffée par les membranes.

L'issue simultanée des annexes et du fœtus a été aussi observée (obs. Weil citée par Coliez et obs. Berthier). Elle est fréquente « surtout chez des femmes abandonnées à elles-mêmes, comme dans les accouchements clandestins (1) ». La brièveté naturelle ou accidentelle du cordon en serait la cause. C'est la mère qui encourt particulièrement des dangers, à cause de l'hémorrhagie utérine qui se produit à la suite du décollement prématuré et de la déchirure du placenta.

Nous pouvons mentionner ici notre observation

1. Léry : *Op. cit.*, p. 69.

n° 60 et notre n° 46, où il s'agit de l'expulsion des œufs complets, le premier au quatrième mois, le deuxième à 5 mois 1/2.

2° COMPLICATIONS ET ACCIDENTS PENDANT LA DÉLIVRANCE. — Pendant la délivrance, la mère ne court pas grand péril, malgré ce qu'en pense Winckel ; en effet ni Hugenberg, ni Bidder, ni Sutugen, ni Reinhard, ni Goltz n'ont observé de complications de la délivrance dans l'accouchement par surprise.

Moser note que sur 12 délivrances de ses accouchements précipités on dut recourir à l'*extraction du placenta* par la méthode de Crédé 3 fois seulement. Hellhake signale 2 cas analogues.

Koch ne mentionne que 4 cas de délivrance anormale, consistant en **réten tion des membranes**. Bonnemaïson en signale 2 cas, Goltz un autre. Nous pouvons rapporter de même deux cas semblables (n°s 36 et 37). Dans notre observation 36 la rétention est suivie de lochies fétides.

L'hémorrhagie de la délivrance peut s'observer dans les accouchements par surprise. Bonnemaïson en signale 2 cas. Elle est due, dans la majorité des cas, à un tiraillement excessif et prématuré du placenta.

Enfin le **prolapsus** et l'**inversion utérine** sont possibles dans les accouchements par surprise. Fortal dans un accouchement rapide put constater que l'utérus avait été chassé tout entier hors du vagin. Dans l'observation de Canolle (1) la femme accoucha debout

1. *Recueil périod. de la Soc. Méd.* Paris 1897, IV, p. 40.

et le cordon ne se rompit qu'après le renversement de l'utérus.

Les causes de l'inversion utérine sont, d'après Bonnemaison : 1^o la *station verticale* pendant l'accouchement, ou même lorsque la femme s'étant accroupie (King et Allen cités par Bonnemaison) : le cordon trop court tiraille le placenta ; 2^o l'*effort de la femme* aurait suffi dans quelques cas ; 3^o *primiparité* suivant Sicard (1) ; 4^o *adhérence trop grande du placenta* (Ribemont) (2), qui, ne pouvant se décoller, amène avec lui l'utérus et le renverse (surtout si l'accouchement se produit debout ; 5^o enfin on a publié des observations (Maygrier, Gibert, cités par Sicard) où la cause de l'inversion est inconnue.

Caseaux explique la rareté du renversement de la matrice dans les accouchements par surprise par la violence des contractions qui expulsent subitement le fœtus, et surtout par la différence de direction de l'axe du détroit supérieur et de celui de la vulve, ce qui aboutit plutôt à la rupture du cordon qu'à l'inversion utérine (3).

3^o COMPLICATIONS ET ACCIDENTS APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

— Les dangers qui peuvent survenir après l'accouchement intéressent aussi bien l'enfant que la mère.

A. — LA MÈRE. — Pendant les suites de couches consécutives à un accouchement par surprise, on peut voir les mêmes accidents et les mêmes complications que l'on rencontre après les accouchements ordinaires. Leur cause passe souvent inaperçue. Quelquefois les troubles sont tellement minimes qu'on éprouve une

1. Thèse Paris, 1893, Inversion utérine. — 2. Thèse : *loc. cit.* — 3. Caseaux : *Traité d'accouch.*, 5^e éd., p. 943-4.

très grande difficulté à trancher la question de savoir si la mère est malade ou simplement dans un état physiologique réparateur. En effet « il n'y a, dit Winckel (1), aucune condition dans la vie de la femme qui se rapproche autant de la limite de l'état de santé et de la maladie que la période qui suit l'accouchement ». Aussi la mère peut-elle ne présenter qu'une simple **élévation de température**, sans cause connue, faible d'ailleurs et de courte durée. Ainsi Hellhake (2) nous donne trois observations où les suites de couches étaient normales, à l'exception d'une élévation de température de 38°,2 C. à 39°,2 C., survenue le troisième ou le quatrième jour, et dont la cause resta inconnue, sans aucune manifestation morbide. Goltz cite 4 cas analogues (3).

L'**infection puerpérale** est la plus importante parmi les complications qui suivent l'accouchement par surprise. Elle est étudiée partout et bien connue. M. Tarnier a contribué surtout à sa vulgarisation. Il est admis depuis ses travaux, que l'infection puerpérale est due à l'introduction de microbes dans le vagin, soit au moyen des doigts explorateurs de la sage-femme, de la commère du voisinage ou de l'accouchée elle-même, soit au moyen d'objets non aseptisés (canules). Si l'infection puerpérale hétérogène est indiscutable, l'auto-infection est toujours en litige et il semble au premier abord que la clef de la solution sera fournie par les

1. F. Winckel: *Pathologie u Therapie des wochenbettes*. Berl., 1878 (3^e Aufl.) p. 1. — 2. *Op. cit.*, 76. — 3. *Op. cit.*, p. 27.

accouchements par surprise. Mais il n'en est rien. Tous les accouchements par surprise étudiés par les différents auteurs ont bénéficié plus ou moins du progrès de l'antisepsie. Dans tous les cas, on a pratiqué presque systématiquement l'injection intra-utérine iodée après la délivrance. C'est grâce à cette pratique que l'infection n'a pas éclaté même chez des femmes qui ont eu de la rétention placentaire, exemple notre n° 36. Il semble cependant que l'auto-infection soit impossible ; on a toujours pu découvrir une cause hétérogène dans les cas d'infection puerpérale. Celle-ci coïncidait toujours avec une exploration des organes génitaux par un doigt plus ou moins mal aseptisé, avec de la rétention des débris placentaires, avec une déchirure du périnée réparée par des sutures d'une propreté douteuse, etc. En plus, on sait que les paysannes qui accouchent généralement sans aucune aide, et par conséquent sont très peu exposées à subir le contact des objets extérieurs, ne présentent que rarement cette redoutable complication. De même les femelles d'animaux qui mettent bas seules le plus souvent ne meurent pas d'infection puerpérale.

Enfin le travail de Semmelweiss (1), très intéressant parce qu'il remonte à l'époque préantiseptique, conclut aussi que « dans les accouchements par surprise (*Gas-sengeburten*) malgré les conditions défavorables dans lesquelles ils se terminaient, les suites de couches

1. Semmelweiss: *Actiolog. des puerperafiebers bei den sturz-geburten*, 1861.

étaient cependant considérablement meilleures que celles qu'il avait observées dans son service ».

L'infection puerpérale dans les accouchements par surprise perd donc son importance doctrinale, puisqu'elle est ramenée aux conditions des accouchements ordinaires.

Quant à la fréquence et à la gravité de l'infection puerpérale dans les accouchements par surprise, celle-ci n'est pas non plus trop à craindre. En effet ni Goltz, ni Moser, ni Hellhake, ni Bonnemaïson, ni Strassmann ne citent des cas mortels à la suite de cette complication. Les différents auteurs n'ont rapporté que des infections puerpérales légères, qui avaient cédé au traitement institué.

Cette rareté est due, suivant Bonnemaïson, à la soudaineté et à l'imprévu de la terminaison de la grossesse ; la femme ne peut se faire tripoter par des gens non aseptiques ; obstacle est donc mis à l'introduction de germes dans les parties génitales.

Parmi nos sujets, 8 (n^{os} 5, 14, 26, 33, 43, 46, 60, 63) avaient été touchées avant l'accouchement et 5 n'avaient subi aucune exploration préalable. Les renseignements nous manquent pour les 53 autres cas. D'autre part 54 ont reçu une injection intra-utérine iodée après la délivrance ; dans un seul cas (n^o 27) elle n'est pas appliquée. Les renseignements nous manquent pour les 11 autres cas. Trois de nos accouchées seulement (n^{os} 3, 10, 52), et elles ne figurent pas parmi les touchées, ont présenté une élévation de la température et des lochies fétides.

Dans l'observation n° 3, la température s'est élevée deux jours après l'accouchement, en même temps que les lochies devenaient fétides. L'injection intra-utérine iodée a été pratiquée au préalable ; il n'est pas indiqué si la parturiente a été touchée avant sa délivrance ; la cause de l'infection n'est pas mentionnée. Cette complication a nécessité un curetage, un écouvillonnage et des injections intra-utérines iodées pendant 8 jours. Sortie guérie.

Dans l'observation n° 52 la température est restée normale, pendant que les lochies étaient fétides, quoique l'injection intra-utérine iodée fût pratiquée. La cause de cette fétidité des lochies n'est pas signalée. La femme est accouchée en ambulance. Elle est également sortie guérie.

Nous ne savons pas si la femme n° 10 était touchée, ni si elle avait reçue une injection intra-utérine iodée après la délivrance. La température a cependant monté et oscillé entre 39° C et 39°8 C pendant 7 jours. La porte d'entrée des microbes a certainement été la déchirure vulvo-périnéale.

La **phlébite** a été aussi observée dans un de nos cas (obs. n° 37). Cette complication coïncidait avec la rétention de la caduque.

Le **lymphangite** aux seins a été observée (n°s 10, 11, 12) ; sauf pour le n° 10, les lochies des parturientes n'étaient pas fétides. La cause de l'infection reste inconnue.

Enfin les **tranchées utérines** étaient assez fortes chez notre accouchée n° 59, pour exiger l'emploi de

cachets de pyramidon. Il s'agit d'une III pare qui avait toujours accouché très rapidement et sans fortes souffrances.

Avant d'en finir avec les complications, nous mentionnerons que Moser (1) signale un cas d'**éclampsie** survenu le deuxième jour après l'accouchement d'une femme qui avait enfanté dans une voiture pendant son transport à l'hôpital.

La mère est non seulement exposée aux affections puerpérales, dans les accouchements par surprise comme dans les cas normaux, mais elle risque encore des maladies qui ne sont pas propres à la puerpéralité, et qu'on voit dans les accouchements normaux.

Ainsi la **diarrhée** est apparue le 3^e jour après l'accouchement chez notre sujet n° 9 et n'a cédé qu'après 3 jours de traitement.

La **tuberculose** s'est aggravée dans notre observation n° 25. La température a présenté de grandes oscillations pendant les suites des couches. L'état est devenu très inquiétant, on a passé la malade dans un service de médecine.

La **sypilis** en pleine évolution persista pendant les suites de couches chez nos accouchées n°s 17, 32, 50 qui sont sorties, du reste, non guéries.

B. — ENFANT. — Le nourrisson dans les accouchements par surprise peut aussi présenter secondairement des états pathologiques différents, les uns propres (ou du moins favorisés par la nature de ce genre d'accou-

1. *Op. cit.*, p. 19.

chements, les autres analogues aux accidents qu'on rencontre dans les accouchements ordinaires).

Ainsi à la suite des traumatismes crâniens la **paralysie**, l'**épilepsie jacksonienne** sont possibles. L'**hémorrhagie secondaire funiculaire** consécutive au défaut de ligature du cordon a été observée (Bonnemaison).

Les **infections secondaires**, survenues pos-tpartum, **ombilicales** (*abcès, ulcère, gangrène*) **oculaires**, ont été aussi mentionnées. Ces infections secondaires ne diffèrent pas de celles qu'on voit dans les accouchements normaux, parce que la femme ainsi que son enfant sont à ce moment presque toujours entourés des soins indispensables, du moins dans les observations étudiées par les auteurs. Dans tous ces cas les mesures prophylactiques contre l'ophtalmie purulente ont été systématiquement prises.

Notre enfant n° 38 a présenté de l'*ophtalmie purulente secondaire* et est sortie non guérie, tandis que le n° 9 a été transporté à l'hôpital d'Aubervilliers pour cause d'*érysipèle*.

III. — Mortalité et morbidité dans les accouchements par surprise.

Nous terminerons ce chapitre par quelques considérations sur la mortalité et la morbidité dans les accouchements par surprise.

A. — MÈRE. — Winckel seul a eu 4 cas de **mort maternelle** à la suite d'infection puerpérale parmi

ses 41 « accouchements précipités » avec complications ; tandis que ni Koch, ni Goltz, ni Moser, ni Strassmann, ni Hellhake, ni Bonnemaison n'ont eu à déplorer de complication ni d'accident mortels lors de l'accouchement par surprise, concernant la mère. Nous n'en avons heureusement observé non plus aucun.

Quant à la **morbidité**, concernant la **mère**, elle se rapproche également beaucoup de celle des accouchements ordinaires.

En effet Hellhake (1) constate qu'il n'a pas eu un seul cas grave d'infection puerpérale à regretter ; que dans 3 cas seulement (c'est-à-dire 4,20 0 0) il a observé une infection puerpérale véritable, et que la proportion des « accouchements précipités » avec complications pour la mère se rapproche de celle des accouchements ordinaires avec complications (sur 3826 accouchements ordinaires 349 seulement, c'est-à-dire 9 0 0 anormaux).

Koch trouve 40,5 0 0 « d'accouchements précipités » avec complications concernant la mère, pour 30 0 0 d'accouchements ordinaires anormaux. Winckel a observé 41,6 0 0 des premiers et 26,1 0 0 des derniers.

Nous n'avons observé que 20 accouchements par surprise avec complication au moment de l'accouchement consistant en déchirures vulvo-périnéales (4 cas) hémorragie faible (2 cas), rétention des débris annexiels (2 cas), infection puerpérale (4 cas), lymphangite (3 cas), phlébite (1 cas), tranchée utérine (1 cas), diarrhée (1 cas), tuberculose (1 cas), syphilis (3 cas), albuminurie (1 cas).

1. *Op. cit.*, p. 76.

Dans 2 cas les renseignements nous font défaut, tandis que dans les 44 autres les parturientes ont accouché sans aucune complication. Nos accouchements par surprises pathologiques représentent donc 45,45 0 0 de tous les accouchements observés par nous.

Toutes ces parturientes sont sorties en bon état, excepté le n° 25 (tuberculose) et les n°s 17, 32 et 50 (syphilis).

B. — ENFANT. — Au point de vue de la **mortalité infantile** nous diviserons en 3 groupes les accouchements par surprise.

Dans le premier groupe nous classons les accouchements par surprise où les *enfants sont morts au moment de l'accouchement même ou aussitôt après leur expulsion*, cela à la suite d'un accident causé par les circonstances particulières au cas en question. Klein n'a observé aucun cas d'« accouchement précipité » mortel pour l'enfant. De même Goltz, Moser et Hellhake. Winekel donne comme mortalité dans ses cas la moyenne de 17 0 0, Reinhard 17 0 0, Koch 9 0 0. Bonne-maison mentionne aussi « 4 cas de mort-nés ».

Nos enfants n°s 23, 57 et 64 appartiennent à cette catégorie ; ils ont succombé pendant le travail. La cause de la mort dans ces 3 cas n'est pas précisée.

Dans le deuxième groupe nous plaçons les accouchements par surprise où *l'enfant était déjà mort avant le début du travail*. Hellhake ne mentionne aucun cas de mort macéré, mais il a observé un mort-né. Winekel donne 12 morts et macérés et 11 mort-nés. Nous avons aussi 4 morts et macérés (n°s 4, 14, 17, 34).

Dans le dernier groupe nous réunissons 12 *enfants morts après l'accouchement*. Le n° 31 est mort par suite d'un refroidissement subi au moment de l'accouchement ; les n°s 3, 15, 19, 26, 31, 53 sont morts de faiblesse congénitale. Nous plaçons encore ici les 4 avortements, et enfin le n° 42 qui a succombé d'occlusion intestinale.

Nous avons donc en tout 19 enfants morts, c'est-à-dire 28,78 0/0. C'est une mortalité énorme. Nous ferons observer cependant, d'accord en cela avec Winckel, P. Strassmann, Goltz, Hellhake, que dans la grande majorité des cas (16 sur 19), la mort est soit antérieure à l'accouchement, soit due à la *faiblesse congénitale* ; et que par conséquent l'accouchement par surprise ne contribue que pour une très faible part à cette mortalité : nous ne constatons que 3 cas où la mort se soit produite pendant l'accouchement, et même alors la mort se produit certainement par un des mécanismes qu'on a invoqués en pareille circonstance pour les accouchements ordinaires. Malgré cette mortalité considérable, nous ne pouvons signaler aucun cas où la mort soit due exclusivement aux facteurs qui caractérisent l'accouchement par surprise.

Si la mortalité infantile dans notre cas n'a qu'une gravité apparente, la **morbidity infantile** est au contraire réellement considérable. Nous avons déjà signalé que le nombre des *avortés*, des *prématurés*, est relativement élevé (27 enfants), sans qu'on puisse cependant déceler une relation de cause à effet entre l'accouche-

ment par surprise et la faiblesse congénitale, due en grande partie à l'accouchement prématuré.

Nous mentionnerons encore que 3 enfants sont nés en *mort apparente*, (soit $\frac{4}{34}$ 0 0 des cas), ils ont été ranimés. $\frac{34}{34}$ enfants seulement n'ont présenté aucune manifestation pathologique, tandis que les 10 autres enfants ont présenté des *ecchymoses faciales*, une *rupture du cordon*, de l'*ophtalmie purulente*, etc.

Nous pouvons donc conclure avec la plupart des auteurs :

1° que les *accouchements par surprise* exposent plus que les *accouchements ordinaires* à la *rupture du cordon*, aux *fractures crâniennes*, aux *déchirures vulvo-périnéales*, aux *hémorrhagies pendant l'accouchement* et *immédiatement après* ;

2° Que les *accouchées* ne sont jamais atteintes d'une *maladie très grave* ;

3° Que nous n'avons pas un cas d'*infection puerpérale grave* ;

4° Que le *pronostic des accouchements par surprise* se rapproche beaucoup de celui qui se produit dans les *conditions ordinaires*.

CHAPITRE IV

Observations

Observation I. — Avril 1899, n° 528 *bis*, accouchée *en voiture*, VI pare. Mme V... A..., 36 ans, marchande. Ses parents sont bien portants. Elle a toujours bien marché. Les règles sont apparues à l'âge de 14 ans. Jamais la menstruation n'a été troublée. Comme antécédents pathologiques il y a à signaler un érysipèle survenu trois jours après son accouchement de 1891 et une pleurésie déclarée treize jours après l'accouchement de 1893. Ses quatre premiers enfants sont venus au monde vivants et à terme. Tous sont morts de cause inconnue entre l'âge de 6 mois et 5 ans. La cinquième grossesse, grossesse gémellaire, est arrivée jusqu'au sixième mois : les deux prématurés sont morts une heure après leur naissance. Elle ignore la date de ses dernières règles de la grossesse actuelle. Aucun accident à noter pendant cette gestation. Le travail a débuté à six heures du matin le 19 avril. Membranes rompues spontanément. L'expulsion du fœtus, tête première, a eu lieu à midi le 19 avril dans la voiture qui l'apportait à la Maternité. La durée totale du travail est de six heures. La délivrance s'est faite spontanément 10' après, également dans la voiture. Suites de couches nor-

males. Sortie en bon état le 30 avril. La fille pèse 3070 grammes et mesure 49 centimètres. Elle est emmenée aussi en bon état.

Observation II. — Juin 1899, n° 746, accouchée en *fiacre*, I pare. Mme P... M..., 22 ans, domestique, réglée depuis l'âge de 13 ans, régulièrement mais peu abondamment. Elle a toujours bien marché et n'a jamais été malade. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 3 septembre. Aucun accident, aucune complication pendant la grossesse. Le travail a débuté à 5 heures du soir le 4 juin. Rupture des membranes spontanée et précoce. Expulsion du fœtus en *fiacre* à 1 heure du matin le 5 juin; le véhicule la transportait à l'hôpital. Délivrance à l'hôpital 20' après. S. de C. bonnes. Sortie en bon état le 14 juin. Sa fille pèse 2920 grammes et mesure 49 centimètres de longueur. Emmenée en bon état.

Observation III. — Juillet 1899, n° 937, accouchée en *chemin de fer*, II pare. Mme A... V..., 32 ans, a toujours bien marché et voit régulièrement ses règles depuis l'âge de 12 ans. Son premier garçon prématuré (8 m. 1, 2) est mort au dix-septième jour. Ses dernières règles ont eu lieu du 2 au 6 décembre 1898. Aucune complication, aucun accident pendant la gestation. Rien à noter à l'examen de l'urine, de la peau, du cœur, des poumons, des seins, du ventre. La parturiente était en voyage et a accouché en chemin de fer d'un garçon pesant 2150 grammes et mesurant 44 centimètres. A son arrivée dans le service le 17 juillet, 8 heures matin, on lui administre une injection intra-utérine iodée. Le lendemain la température monte à 38°C. puis s'élève à 39° C., à 39°,8 C. pour descendre à la normale le 1^{er} août seulement. Pendant la fièvre les lochies sont fétides.

Sortie le 2 août en bon état. L'enfant est mort dix-huit heures après sa naissance. Diamètre sous-occipito-frontal 9 cm. 5. D'après le diagnostic rétrospectif l'enfant se serait présenté par le siège.

Observation IV. — Août 1899, n° 1077, accouchée *en ambulance*, II pare. Mme M. V..., 28 ans, cuisinière, est régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans. Sa démarche a toujours été bonne. Ses parents (père 82 ans, mère 67 ans) se portent bien. Elle a souffert pendant l'année d'une pleurésie, il y a 24 ans. La première grossesse se termina en 1898 par un avortement de trois mois. Les dernières règles datent du 1^{er} au 4 janvier. Les mouvements actifs ont été perçus le 15 mai. Le squelette, le bassin, le cœur, les poumons, les seins, l'utérus sont normaux. Le travail commence à 9 heures du matin le 10 août. L'expulsion du fœtus a lieu en ambulance à 7 h. 15, le 10 août. La délivrance se fait naturellement à l'hôpital, 30 minutes après S. de C. normales. L'enfant (prématuré de 6 mois 1/2) est mort et macéré, il pèse 1250 grammes.

Observation V. — Août 1899, n° 1139, accouchée *en ambulance*, I pare. Mme B. L... 24 ans, couturière a toujours été bien portante. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans et commença à marcher à 18 mois. Sa mère et son père sont morts. Depuis le 11-20 novembre, elle n'a plus revu ses règles. Les mouvements actifs du fœtus sont sentis au quatrième mois de la gestation. Aucune complication, aucun accident pendant la grossesse. Rien à noter à l'examen de son habitus physique. Bassin normal. La grossesse étant parvenue à terme, le travail se déclare le 24 août 1899, à 4 heures du soir. La rup-

ture des membranes est spontanée. Liquide amniotique normal. La malade se fait diriger en ambulance vers la Maternité ; l'expulsion du fœtus survient pendant le trajet sans qu'on puisse prendre des mesures antiseptiques préalables. La délivrance a lieu à l'hôpital à 10 h. soir. S. de C. normales. Partie sur sa demande au septième jour. Le garçon pèse 2750 grammes et mesures 50 c.m. ; SOF : 11 cm. 5. Emmené en bon état le 3 septembre.

Observation VI. — Novembre 1899, n° 1492, accouchée *en voiture*, V. pare. Mme M. M... 24 ans, ménagère, commença à marcher très tard, à l'âge de 6 ans ; elle avait les jambes cagneuses. Malgré cette difformité elle a bien marché depuis. Réglée à 15 ans, sa menstruation s'est maintenue régulière. Il y a 13 ans, elle a souffert d'une fièvre typhoïde. Les quatre premiers accouchements ont été normaux. Enfants nourris au sein maternel, deux sont morts de méningites, les deux autres sont bien portants. C'est à la fin du mois de janvier qu'elle a eu pour la dernière fois ses règles. Les mouvements actifs fœtaux sont sentis au quatrième mois. Urines normales. Seins peu développés. Etant au terme de sa présente grossesse, le travail débute le 7 novembre à 3 heures matin. Elle se fait conduire en voiture à la Maternité. L'expulsion du fœtus, tête première, a lieu en route, le 7 novembre à 7 h. 45 du matin. La délivrance se fait spontanément à l'arrivée de l'accouchée dans la salle de consultation. S. de C. normales. Sortie le 17 novembre en bon état. Le garçon pèse 2700 grammes, mesure 45 centimètres de long. SOF : 10 c.m. 2. Emmené par la mère en bon état.

Observation VII. — Février 1900, n° 208, accouchée *en*

voiture, I pare. Mme E. Br..., 22 ans, femme de chambre, a ses parents bien portants. Elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans. Une fracture de la jambe gauche, à 6 ans, l'empêche de marcher durant deux années ; depuis elle boîte un peu. Plus tard atteinte de scarlatine (à 15 ans), de rougeole, puis d'influenza. Bassin normal ; le tibia présente une légère incurvation en dehors. Seins pas très développés. Jambe droite couverte de varices. La peau, le cœur et les poumons n'offrent aucun signe pathologique. La jeune femme a vu du 15 au 20 mai 1899 ses dernières règles. Le 1^{er} février 1900 à 2 heures matin, débute le travail. Rupture spontanée des membranes. Partit de chez elle pour la Maternité, elle accouche dans la voiture le 11 février à 8 heures matin, d'une fille. Dans le service, on constata une perforation centrale de la petite lèvre droite, admettant l'extrémité de l'auriculaire. S. de C. normales. Sortie en bon état le 21 février. L'enfant pesait 2500 grammes. S.O.F. : 11 centimètres. Sorti en bon état.

Observation VIII. — Février 1900, n° 215, accouchée *en chemin de fer*, III pare. Mme A. W..., 30 ans, journalière, régulièrement réglée depuis l'âge de 15 ans. Atteinte à 8 ans de rougeole. En 1897 a donné naissance à son premier enfant, vivant et à terme. Au début de sa deuxième gestation elle aurait eu une « descente de la matrice » qui se serait réduite progressivement. Les seins sont peu développés ; le bassin est normal. Dernières règles datent du 14 au 22 mai 1899. Le 12 février 1900, à 1 h. 25 soir arrivée à la Maternité après avoir accouché en chemin de fer d'un garçon pesant 3220 grammes. S.O.F. : 102. S. de C. normales. La mère et le fils sortent le 22 février en bon état.

Observation IX. — Février 1900, n° 257, *en fiacre*, III pare. Fille à 8 mois. — Mme T..., 34 ans, sans profession, réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans 1/2, a toujours bien marché. Elle a eu une pneumonie à 12 ans. Son premier enfant, né à terme, et mort bacillaire à 18 mois. La deuxième grossesse s'est terminée par une fausse couche de deux mois. Les trois gestations sont fruits du même père. Les dernières règles du 4 au 8 juin 1899. Les mouvements actifs du fœtus sont ressentis par la mère à 4 mois 1/2. Le squelette, la peau, le cœur, les seins, l'utérus et le bassin ne présentent rien d'anormal. On constate à l'auscultation une respiration rude aux deux sommets. Il n'y a ni œdème, ni varices. La tension de la paroi abdominale est normale. Le travail débute le 20 février à minuit. L'expulsion de l'enfant, tête première, a lieu le 20 février à 4 h. 30' du matin, dans la voiture qui la transportait de chez elle à l'hôpital. Durée totale du travail : 4 h. 30'. Le dégagement du placenta s'est fait à l'hôpital, à 5 heures matin. On lui a administré une injection intra-utérine iodée. L'accouchée a souffert d'une diarrhée matinale du 23 au 26 février. Elle a le 28 janvier présenté en plus du météorisme abdominal et des selles abondantes. La mère a guéri et est partie en bon état, la fille, pesant 2.400 grammes à la naissance, et atteinte d'érysipèle, est envoyée à Aubervilliers le 7 mars. SOF : 9.

Observation X. — Mars 1900, n° 329, *dans la rue*, I pare. Garçon à terme. Mme P... M..., 23 ans, corsetière, réglée irrégulièrement depuis l'âge de 11 ans, a ses parents vivants. Jamais été malade. Ses règles cessèrent du 7 au 17 juin 1899. La mère a senti son enfant remuer à 4 mois 1/2 de gestation. A l'examen de son habitus physique, rien à signaler. Le début du travail se

déclare à 4 heures soir le 4 mars. Arrivée à la Maternité le 4 mars, à 8 h. 15 soir, accouchée, tête première, dans la rue. Les membranes se seraient rompues spontanément et tardivement. La déchirure vulvo-périnéale est réparée par un point de suture. Durée totale du travail : 4 h. 15. Trente minutes après est pratiquée l'extraction simple du placenta. Le 12 mars, les lochies deviennent un peu fétides, et une légère lymphangite apparaît aux seins. La mère est sortie le 14 mars, en bon état. Le fils pèse 3.100 grammes. SOF : 9,5. Parti le 16 mars en bon état.

Observation XI. — Mars 1900, n° 361, *en voiture*, III pare. Fille à terme. Mme N... M..., 32 ans, sans profession, n'a plus ses parents, morts elle ne sait pas de quoi. Elle a vu ses règles pour la première fois, à 12 ans 1/2, et n'a jamais été malade. Son premier enfant, garçon né à terme, est actuellement bien portant. De la deuxième grossesse, elle a eu une fille morte à 7 mois, probablement de scarlatine. Dernières règles du 7 au 9 mai 1899. Bassin normal. A l'examen physique de la femme, il n'y a à signaler que des râles ronflants étendus sur tout le dos, et des varices à la jambe gauche. Le travail débute le 11 mars à 7 heures matin, accouchée dans la voiture. Une injection intra-utérine iodée est pratiquée après la délivrance naturelle et complète. Les lochies ne sont pas fétides ; mais il se déclare une lymphangite aux seins. La mère est sortie le 21 mars guérie, et en bon état. L'enfant, une fille, avec SOF de 9,5, pèse 2.920 grammes. Elle est emmenée par la mère en bon état, le 21 mars.

Observation XII. — Mars 1900, n° 411 *accouchée, et déli-*

rrée chez elle, I pare. Garçon à terme. Mme Ch... J..., 26 ans, domestique, née à Paris, est réglée à 14 ans. Sa mère a eu six enfants, dont un est mort pendant le travail. Cette femme a toujours bien marché depuis l'âge de 2 ans. Ses règles cessèrent du 28 juin au 1^{er} juillet. De l'œdème et des varices aux membres inférieurs sont seuls à noter. Début du travail le 20 mars à 11 h. 30 soir. Expulsion du fœtus à 1 heure du matin, le 21 mars. La femme a été « surprise » par l'accouchement. L'enfant porte des traces d'ecchymose à la figure et un céphalématome siégeant sur la partie postérieure du pariétal. Le 23 mars se déclare une lymphangite aux seins. L'enfant (garçon) pèse 3.600 grammes. SÔF : 12 centimètres. La mère guérie est sortie avec son enfant le 1^{er} avril, tous deux en bon état.

Observation XIII. — Mars 1900, n° 466, *accouchée et délivrée en chemin de fer*, II pare. Garçon à terme. Mme F...P..., 32 ans, maraîchère, réglée à 12 ans, a toujours bien marché. Sa mère est morte paralysée, après avoir eu douze enfants, dont neuf seulement sont vivants et bien portants. Ne se rappelle pas avoir été malade, sauf de variole à 3 ans. Son premier-né (24 mai 1898) avait 7 mois de gestation, garçon qui n'a vécu que six mois. Les règles cessèrent du 10 au 13 mai 1899. A senti l'enfant remuer à 4 mois 1 2. A l'examen physique, rien à noter. Bassin normal. Le travail débute le 31 mars à 2 heures matin. Rupture des membranes spontanée et tempestive. Accouchement en chemin de fer à 6 h. 20 matin le 31 mars. La période d'expulsion fut « très rapide » d'après les dires de l'accouchée. Durée totale du travail, 4 h. 20. Délivrance opérée 10 minutes après l'accouchement, également en chemin de fer. Suites de couches normales. L'enfant, garçon, pèse 2.880 grammes. SÔF : 11;2. La

mère est sortie le 4 avril avec son fils, tous deux en bon état.

Observation XIV. — Avril 1900, n° 524, *en ambulance*, VI pare. Garçon, mort et macéré, à terme. Mme H. C..., 39 ans, marchande de vins, réglée à 15 ans, a toujours bien marché depuis l'âge de 18 mois. Antécédents personnels : une fièvre typhoïde à 17 ans. La première grossesse se termina par un avortement de sept mois. Son deuxième enfant, une fille, est morte au dixième jour après la naissance. De la troisième et cinquième grossesse elle a eu une fille, et de la quatrième un garçon, tous trois vivants. Ses règles cessèrent du 10 au 14 juillet 1899. Les urines présentent de l'albumine au moment de l'accouchement. Léger œdème, varices aux membres inférieurs. Seins petits. La main droite a été frappée en novembre 1899 de paralysie ; un mois après la face s'immobilise ; depuis un mois la vue de l'œil gauche se trouble. Souffert aussi du mal de gorge pendant trente jours en février dernier ; cet enrouement très accusé a disparu depuis. Premières douleurs à 3 heures matin le 13 avril. Deux médecins, docteurs E... et T... essayèrent à 2 heures matin de faire une version sous chloroforme, sans réussir. La femme s'est fait conduire à la Maternité par une ambulance, et accoucha en route d'un garçon mort et macéré pesant 2300 grammes, 20 minutes après son arrivée (5 h. 10 du soir) dans le service, la sage-femme de garde pratique la délivrance et administre une injection intra-utérine iodée. Le père de la dernière conception n'est pas celui des quatre premières. Poids du placenta, 340 grammes. Suites de couches normales. Mère sortie le 25 avril en bon état.

Observation XV. — Avril 1900, n° 536, *accouchée et déli-*

vrée en fiacre, I pare. Garçon à six mois, mort. Mme L... L..., 22 ans, allumettièrre, régulièrement réglée pendant deux à trois jours depuis l'âge de 17 ans, a commencé à marcher tard (6 ans ?). Sa mère mortes en couches ; son père bien portant. Sa marche aurait été retardée par des convulsions qu'elle aurait eues dans son enfance. Ces crises ont duré jusqu'à l'âge de 17 ans. En dehors de cela, n'a jamais été malade. A l'examen physique rien à signaler. Cessation des règles du 13 au 16 juin 1899. La mère a senti remuer son enfant dans les premiers jours de décembre. Début du travail le 16 avril à 3 h. 10. L'expulsion de l'enfant ainsi que la délivrance eurent lieu dans le fiacre qui la transportait à la Maternité. Arrivée dans le service à 3 h. 10, avec délivrance incomplète. On lui administra une injection intra-utérine iodée. Durée totale du travail 1 h. 30. L'enfant, garçon, pesant 1315 grammes est mort, après avoir fait quelques mouvements d'inspiration. Suites de couches normales. La mère sort le 23 avril en bon état.

Observation XVI. — Novembre 1900, n° 1012, accouchée *en voiture*, II pare. Fille à terme. Mme M... B..., 31 ans, couturière, née à Paris, réglée régulièrement pendant 4 jours depuis 18 ans, a toujours bien marché. Père bien portant, mère morte d'une fluxion de poitrine. A eu de la rougeole ; la jambe droite est paralysée. Elle a accouché à terme il y a 5 ans, d'un garçon vivant et qui se porte actuellement bien. Dernières règles du 13 au 17 février 1900. La mère a senti l'enfant remuer à 4 mois 1 2. A l'examen physique rien à noter que de légères varices aux membres inférieurs. Accouchement à 3 heures matin le 23 novembre dans la voiture qui transportait la femme à la Maternité, délivrance dans le service 20 minutes après, on admi-

nistre ensuite une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. L'enfant pèse 3220 grammes. SOF : 10,2. La mère emmène sa fille le 11 décembre. Toutes deux en bon état.

Observation XVII. — Décembre 1900, n° 1663, accouchée *en fiacre*, I pare. Prématuré de 7 mois, mort et macéré. Mme M... N..., 22 ans, bonne, réglée à 15 ans, a toujours bien marché. Syphilis en évolution : syphilides pigmentaires du cou et vaste plaque de syphilides (papules) périanales. Dernières règles du 21 au 24 avril. N'a jamais senti remuer l'enfant. Début du travail le 2 décembre à 9 h. 5. Vers 10 h. 1/2 accouche dans la voiture d'un fœtus mort et macéré. Durée totale du travail 1 h. 1/2. Expulsion spontanée du placenta à 1 heure matin. Injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales.

Observation XVIII. — Janvier 1901, n° 50, accouchée *en voiture*, I pare. Fille à terme. Mme N... J..., 34 ans, couturière, réglée à 21 ans, a toujours bien marché. Parents bien portants. N'a eu elle-même que fièvre typhoïde et rougeole en 1900. Dernières règles du 7 au 13 avril 1900. A l'examen physique rien. Arrivée dans le service à 5 h. 45 matin, le 9 janvier, accouchée dans la voiture d'une fille qui pèse 2450 grammes. On constate une « petite lésion superficielle du périnée ». A l'entrée à la Maternité extraction simple du placenta. Suites de couches normales. La mère a emmené sa fille le 19 janvier. Toutes deux en bon état. SOF. 9,7.

Observation XIX. — Mars 1901, n° 304, accouchée *en voiture*. I pare. Garçon à 8 mois à peine. Mme X..., 20 ans,

domestique, régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans, a toujours bien marché. Son père est mort poitrinaire, sa mère est bien portante. Dernières règles du 30 juin au 4 juillet 1900. Accouchement déclaré le 2 mars à 8 h. matin ; expulsion du fœtus, tête première, le 3 mars à 5 heures matin. Délivrance faite 30 minutes après l'accouchement ; on administre une injection intra-utérine iodée. Le 4 la température monte à 38°4 C. (soir) pour tomber définitivement le 7 mars. Les lochies sont sans odeur. Le 5 mars débris membraneux expulsés spontanément. L'enfant pesant 2140 grammes est mort le 6 mars. SOF : 10. La mère est sortie le 13 mars en bon état.

Observation XX. — Mars 1901, *accouchée en voiture* I pare. Fille à 6 mois 3/4. Mme V... T..., 20 ans, domestique réglée à 14 ans, a toujours bien marché depuis l'âge de 9 mois. Mère morte de la poitrine, père bien portant. Dans ses antécédents pathologiques, on ne découvre que des maux de gorge. Dernières règles du 24 au 30 août 1900. A l'examen physique on ne constate rien de particulier, sauf un Bartholinite droit. Le travail a débuté dans la nuit du 4 au 5 mars. Accouchement à 8 h. 35 dans la voiture qui transportait la jeune femme à la Maternité : une fille, très faible, pesant 1500 grammes. La délivrance s'est faite 20 minutes après. On a pratiqué ensuite une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. L'enfant a succombé le 9 mars. SOF : 7, 5.

Observation XXI. — Mars 1901, *accouchée en fiacre*, V pare. Fille à terme, Mme D... A., 29 ans, née à Paris, journalière, régulièrement réglée pendant trois jours depuis l'âge de 15 ans 1/2, a commencé à marcher à 1 an 1/2. Père mort car-

d'aigue, mère bien portante. Comme antécédents pathologiques et personnels angine à 9 ans, fièvre typhoïde à 23. De ses quatre premières grossesses deux filles et deux garçons, tous nés à terme et vivants. Le quatrième enfant, garçon, est mort à 17 mois (méningite). Dernières règles du 3 au 5 juin 1900. Arrivée dans le service le 13 mars à 4 h. 45 matin, accouchée dans le fiacre d'une fille pesant 4150 grammes. Délivrance spontanée à 5 h. matin. Suites des couches normales. SOF : 11.

Observation XXII. — Avril 1901, accouche à la *gare du Nord*, I pare. Fille à 8 mois. Mme S...E..., 18 ans, couturière, a toujours bien marché et est régulièrement réglée depuis l'âge de 14 ans pendant trois jours. Parents bien portants. Chorée dans son enfance de 4 à 7 ans. Dernières règles du 15 au 20 juillet. Rien à noter à l'examen de l'habitus physique. Entrée dans le service à 1 h.5, le 10 avril, accouchée à la gare du Nord d'une fille pesant 2770 grammes. A 2 h. 15 soir on a fait l'extraction simple du placenta et une injection intra-utérine iodée. SOF : 9,6. Le placenta présente des lésions anciennes. Suites de couches normales.

Observation XXIII. — Avril 1901, n° 505, accouchée *en voiture*, I pare. Garçon à 7 mois 1/2 mort pendant le travail. Mme H... M..., 18 ans, née à Paris, cartonnrière, réglée à 16 ans et demi, irrégulièrement, a commencé à marcher à 6 mois et n'a jamais été malade. Mère morte à 40 ans « de la poitrine », père bien portant. Dernières règles du 21 au 24 août 1900. A senti remuer son enfant au milieu de février. Rien à signaler à l'examen physique, sinon un souffle systolique et l'irrégularité des bruits cardiaques maternels. Début du travail à 7 heures soir le

10 avril. On l'a fait diriger de l'hôpital Saint-Louis sur la maternité. Pendant le trajet le siège fut expulsé et resta hors de la vulve. Extraction du fœtus opérée à 4 heures du matin le 11 avril à l'arrivée de l'ambulance. On a essayé de ranimer l'enfant par insufflations, par tractions rythmées, sans résultat. Une demi-heure après extraction simple du placenta et injection intra-utérine iodée. L'enfant pèse 2000 grammes. Suites de couches normales. Partie en bon état.

Observation XXIV. — Avril 1901, n° 479, *accouchée en voiture*, II pare. Fille à 8 mois. Mme M. R..., 23 ans, couturière, réglée à 16 ans, a marché à 9 mois. Ses parents bien portants ; elle n'a jamais été malade. A accouchée normalement en 1899 de son premier enfant. Dernières règles 30 juillet 1900. A l'examen physique rien à noter. Vers 5 h. 1/4 du matin ressent quelques petites douleurs et perd quelques glaires. En se rendant à la Maternité pour consulter accouche dans la voiture vers 6 heures matin. Après délivrance (6 h. 20) dans le service, on administre une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. Enfant (fille) pèse 2.300 gr. S.O.F. : 10. Mère et enfant sortent en bon état le 13 avril.

Observation XXV. — Avril 1901, n° 488, *accouchée en fiacre*, III pare. Fille. Mme D. A., 37 ans, cuisinière, réglée à 10 ans a marché tard mais toujours bien. Père mort cardiaque, mère bien portante. A eu en 1897 une fille qui est morte. La 2^e fille, née en 1899, est bien portante. Les trois conceptions sont l'œuvre de pères différents. Ignore la date de ses dernières règles ; ne se souvient pas non plus de l'époque des premiers mouvements de l'enfant. A l'examen de son habitus physique rien à

observer. Rupture des membranes spontanée et tempestive. A accouché en fiacre en venant à la maternité. Après le dégagement du placenta qui se fait à son arrivée (9 h. 30 le 7 avril), on pratique une injection intra-utérine iodée. Les suites de couches sont troublées le 14 avril par une élévation de la température : environ 38° C. maintenus. Passe le 21 avril dans un service de médecine, (lésions tuberculeuses). La fille pèse 1880 grammes.

Observation XXVI. — Avril 1901, n° 597, accouchée *dans le bain*, VI pare. Fille à terme. Mme M... R..., 38 ans, mariée, polisseuse, réglée régulièrement à 15 ans, a commencé à marcher à 10 mois. Les deux frères morts tuberculeux, et une de ses sœurs a succombé à 15 mois à des convulsions. La mère de la patiente a été emportée à 53 ans par une congestion pulmonaire. Aucune maladie. Fille, née en 1886 à terme; garçon à terme en 1888, tous deux bien portants. Les conceptions du commencement de 1889 et celle de la fin de cette même année se sont terminées par des avortements de 6 et de 4 mois. En 1898 a accouché de nouveau à terme d'une fille morte au 8^e mois d'une embolie. Dernières règles du 19 au 25 juin 1900. A l'examen physique, l'« utérus est fortement incliné à gauche », la tension des parois abdominales est faible, et fœtus se présente par le sommet, engagé en gauche antérieure; le bassin est normal, les bruits du cœur frappent bien.

Le travail a débuté le 27 avril à midi 1/2. Voici le texte de l'observation faite par l'interne de service, M. C. Jeannin, « la femme M... R., arrive en ambulance, envoyée par l'hôpital Saint-Louis, le 27 avril à 12 h. 40 du soir. A son entrée la dilatation est d'une petite paume de main, et les membranes sont rompues. Etat d'une saleté repoussante : mise au bain. Au bout

d'un quart d'heure environ (temps pendant lequel la femme n'a eu que très peu de contraction) l'infirmière qui s'en occupait la quite pour aller chercher du linge chaud, elle revint tout de suite et trouve la femme debout, accouchée, tenant un enfant entre les mains. L'infirmière fit asseoir la parturiente, et en s'asseyant la malade fit probablement quelques efforts, le cordon se désinséra au niveau de son insertion placentaire ; écoulement sanguin abondant par le trou placentaire. L'infirmière appelle une première fille qui passait en ce moment devant la salle de bain. Celle-ci prit la première pince qui s'offrait à elle et la plaça sur le cordon très obliquement, à 8 centimètres environ de l'ombilic, pendant ce temps on faisait demander la sage-femme de garde. La sage-femme arrive en moins de cinq minutes, à la salle de travail, elle y trouve l'infirmière occupée à frictionner l'enfant qui était très pâle et ne criait pas. Le bout placentaire suinte légèrement, (le cordon se vidant de son sang), de plus, tout près de l'ombilic on remarque un peu de sang au niveau d'une déchirure de l'amnios. Mlle Andouille pose alors une ligature tout près de la peau, puis frictionne l'enfant et lui donne des bains sinapisés alternativement chauds et froids. Au bout d'une demi-heure, l'enfant respirant assez bien mais ne criant pas a été placé dans une couveuse. Il reste pâle, respirant très superficiellement. A 7 h. 35 matin il succombe le 28 avril. » Durée totale du travail, 10 h. 40. Après le dégagement du placenta à 1 h. 50 on pratique l'injection intra-utérine iodée, la femme ayant été touchée à l'hôpital Saint-Louis et dans le service. L'enfant, une faible fille, pèse 3120 gr. SOF : 10.2. Suites des couches normales.

Observation XXVII. — Mai 1901, n° 721, *accouchée en*

fiacre, III pare. Fille à terme. Mme M. A... 32 ans, cuisinière, réglée à 12 ans régulièrement, commence à marcher à 13 mois. Père mort à 29 ans de la poitrine, mère morte à 43 ans d'une maladie de cœur. Atteint d'une scarlatine à 22 ans, après son accouchement la même année ; a présenté aussi la fièvre typhoïde. De sa première grossesse, à terme, une fille morte au deuxième mois de convulsions ; le deuxième enfant (garçon) est bien portant, né à terme et âgé de 12 ans. Les trois conceptions sont attribuées au même père. Dernières règles du 9 au 15 août 1900 ; à 4 m. 1/2 la mère a senti remuer son enfant. On ne note rien à l'examen physique. Venant à l'hôpital, a accouché le 19 mai, à minuit 30, dans le *fiacre*, d'une fille pesant 3.210 grammes. On a à 2 h. matin pratiqué l'extraction simple du placenta et l'accouchée n'ayant pas été touchée, n'a pas reçu d'injection. Suites de couches normales. Les deux yeux de l'enfant ont été atteints d'ophtalmie purulente, en suite de quoi est apparue une opacité des deux cornées. La petite fille est sortie guérie le 8 juin, SOF : 9 1/2.

Observation XXVIII. — Juin 1901, n° 877, *accouchée et délivrée sur la voie publique*, I pare. Fille à 8 mois. Mme S... M... 20 ans, bonne, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 16 ans. Mère arthritique. Dernières règles du 17 au 22 septembre 1900. Rien à noter à l'examen physique. Commence à souffrir à minuit le 13 juin, est partie aussitôt pour l'hôpital, et l'accouchement s'est produit à 1 h. matin sur la voie publique, suivi de délivrance à son arrivée à la Maternité (1 h. 45 matin le 13 juin). Injection. Suites de couches normales. L'enfant (fille) pèse 2.200 grammes, SOF : 10.5. La mère et sa fille sont sorties en bon état.

Observation XXIX. — Septembre 1901, n° 1337, accouchement *en fiacre*, II pare. Fille à 3 mois 1/2. Mme C. M..., 33 ans, ménagère, mariée, réglée à 15 ans, régulièrement, a commencé à marcher à 13 mois. Rien à signaler dans ses antécédents pathologiques. Son premier enfant né à terme en 1895 est bien portant. Dernières règles le 25 décembre 1900. Rien n'a troublé cette deuxième grossesse. Membres inférieurs couverts de varices. Le travail a débuté le 17 septembre à 9 h. Entrée dans le service à 9 h. 1/2, accouchée en arrivant dans le fiacre d'une fille pesant 1337 grammes. Durée totale du travail 1/2 h. Après le dégagement du placenta à 10 h. 1/2, on lui fait prendre une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. SOF: 10.5.

Observation XXX. — Septembre 1901, n° 1342. Accouchement *en voiture*, II pare. Garçon à terme. Mme J... S..., 31 ans, femme de ménage, réglée à 11 ans 1/2 régulièrement, a toujours bien marché. Ses parents sont bien portants; elle-même n'a jamais été malade. En 1899 premier accouchement (fille à terme). Les deux gestations sont conçues du même père. Dernières règles 14 novembre 1900; la mère a senti son enfant remuer au mois d'avril. Bassin normal. Rien à signaler à l'examen physique. Travail débute à 1 heure après-midi le 18 septembre 1901. Entrée à la Maternité à 3 heures matin le 19 septembre, accouchée dans la voiture en arrivant, d'un garçon pesant 3750 grammes. Suites de couches normales. SOF: 10.5.

Observation XXXI. — Novembre 1901, n° 1662, accouchée *en fiacre*, I pare. Garçon à 8 mois. Mme C. M..., 22 ans, domestique, née à Paris, réglée à 19 ans régulièrement a tou-

jours bien marché et n'a jamais été malade. Dernières règles du 20 au 24 mars 1901. Rien à noter à l'examen physique. Accouchée dans le fiacre avant d'arriver à l'hôpital vers 4 h. 30 matin. A la Maternité on lui a pratiqué une injection intra-utérine iodée après le dégagement du placenta, qui a eu lieu à 4 h. 50 matin. Suites de couches normales. L'enfant (mâle) pesant 2320, crie mal, est atteint de scléreuse ; il est mis en couveuse humide pendant 24 heures ; il succombe le 25 septembre. La cause de la mort est le refroidissement : « l'enfant était gelé » en entrant dans le service. SOF : 9,6.

Observation XXXII. — Janvier 1902, n° 50, *avortement en fiacre* de 5 mois, macéré. II pare. Mme N. L..., 23 ans, ménagère, réglée à 10 ans, abondamment, a commencé à marcher à 11 mois. Mère bien portante ; père mort à 38 ans de fluxion de poitrine. Elle a contracté il y a 2 ans de la syphilis et n'a pas régulièrement suivi le traitement. La première grossesse s'est terminée par un avortement de 5 mois. Dernières règles du 18 au 22 juillet 1902 ; la mère a senti remuer son enfant à 4 mois 1/2 de gestation. A l'examen physique, on constate une syphilide pigmentaire du cou (collier de Vénus) et une large plaque muqueuse entourant la région anale et vulvaire. Le travail a débuté le 27 janvier à 4 heures soir. Entrée dans le service à 10 h. 1/2 soir, ayant expulsé en arrivant dans le fiacre un fœtus macéré du sexe féminin et pesant 720 grammes. Durée totale du travail 6 h. 1/4. Délivrance à l'hôpital, le placenta pèse 400 grammes. Suites de couches normales.

Observation XXXIII. — Février 1902, n° 178, accouchée

dans *ses jupons*, II pare. Fille à terme. Mme S. M., 31 ans, cuisinière, régulièrement réglée à 13 ans, a commencé à marcher à 10 mois. Père bien portant; mère morte à 73 ans des suites d'une fluxion de poitrine. A été atteinte de scarlatine à 24 ans et a souffert en 1901 d'un léger rhumatisme au bras. De sa première grossesse elle a eu une fille à terme. La deuxième gestation a fini par une fausse couche de 5 mois (cause inconnue). Dernières règles : du 2 au 7 avril; la mère a senti son enfant remuer à 4 mois $1/2$. Excepté les varices aux membres inférieurs, rien à noter à l'examen physique. Le travail débute à 3 heures matin le 4 février. Entrée à la Maternité le 4 février à 5 heures matin, ayant accouché, en arrivant, dans ses jupons, d'une fille pesant 2720 grammes. 20 minutes après le dégagement du placenta a eu lieu et on a pratiqué une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. SOF : 9,5.

Observation XXXIV. — Février 1902, n° 218, accouchée dans la voiture, I pare. Fille macérée à 6 mois $1/2$. Mme E. P., 25 ans, domestique, réglée à l'âge de 16 ans, a commencé à marcher de bonne heure. Parents bien portants. Antécédents pathologiques : une rougeole dans l'enfance, de l'anémie vers 17 ans, et de l'angine l'année dernière. Perd ses cheveux depuis cette époque et souffre d'angines. Dernières règles du 13 au 16 juillet 1901; la mère s'est aperçue au mois de décembre que son enfant remuait; mais elle ne le sent plus depuis 8 jours. A l'examen de la parturiente, on signale un souffle systolique à la base du cœur maternel, de légères varices aux membres inférieurs. Début du travail 13 février à 9 heures soir; entrée à la Maternité 14 février à 4 h. $1/4$ matin, accouchée dans la voiture, en arrivant, d'une fille morte et macérée, pesant 1420 gram-

mes. Après l'expulsion spontanée du délivre, à 4 h. 20 matin on a fait une injection intra-utérine iodée.

Observation XXXV. — Mars 1902, n° 305, *accouchée en voiture*, I pare. Garçon à terme. Mme A. M..., 18 ans, couturière, est irrégulièrement réglée depuis l'âge de 11 ans et n'a jamais été malade. Dernières règles du 1 au 8 juin 1901. Arrivée le 8 mars à 5 heures matin, entrée dans le service accouchée d'un garçon, pesant 3250 grammes, dans la voiture en arrivant, Après la délivrance qui s'est faite à 5 heures matin on lui administre une injection intra-utérine iodée. La déchirure du périnée est réparée à l'aide de deux serres-fines. Suites de couches normales. SOF. 10,5.

Observation XXXVI. — Mars 1902, n° 403, *accouchée et délivrée sur le trottoir*, IV pare. Garçon à terme. Mme X..., 23 ans, journalière, irrégulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans. A toujours bien marché, n'a jamais été malade. La conception actuelle est l'œuvre d'un second mari. Le premier enfant né à 7 mois est bien portant ; la deuxième grossesse terminée également, à 7 mois, mais l'enfant a succombé à la suite d'une dysentérie. Quant à la troisième gestation la mère l'a menée jusqu'au terme. Dernières règles du 15 au 23 juin ; la parturiente a senti son enfant remuer à 4 m. 1/2. Au moment de l'accouchement l'urine renferme un peu d'albumine. Le 28 mars, à 2 heures matin commence à avoir quelques douleurs. Pendant qu'elle s'habillait, on est allé chercher une sage-femme. Transportée à l'hôpital et descendue de la voiture est accouchée sur le trottoir devant la Maternité à 2 h. 45 matin, délivrance immédiate et sans antisepsie. A son arrivée à l'hô-

pital on pratique une injection intra-utérine iodée, et on retire quelques débris de membranes. L'albuminurie disparaît au sixième jour. Durée totale du travail une demi-heure. Suites de couches normales. L'enfant pèse 3,450 grammes. La mère est sortie le 5 avril en bon état avec son petit. SOF. : 10.

Observation XXXVII. — Mars 1902, n° 422, *avortement dans ses jupons*, à 4 mois, I pare. Mme Y..., domestique, réglée régulièrement à 16 ans, a toujours bien marché et n'a jamais été malade. Mère morte de causes inconnues. Dernières règles du 2 au 10 novembre 1901 : elle n'a pas senti son enfant remuer. Elle ne signale rien qui puisse expliquer l'avortement. Entrée le 31 mars à 8 h. 10 matin à la Maternité, ayant expulsé dans ses jupons un fœtus de 4 mois environ pesant 320 grammes. On a fait à la Maternité la délivrance par expression utérine à 8 h. 5 matin. Le placenta pèse 170 grammes. Il y a de la rétention de la caduque. On administre une injection intra-utérine iodée. Le 7 avril la malade accuse une douleur légère à la jambe droite : cette douleur semble s'accroître le 8. Il n'y a pas d'œdème. Le jour suivant (9 avr.), apparaissent un point para-utérin et un autre crural. Quatre jours après, le 12 avril, la jambe droite est beaucoup plus douloureuse, l'œdème est manifeste, les points douloureux para-utérin, crural, ceux au creux poplité et du mollet et enfin le point malléolaire confirment le diagnostic de phlébite. Le traitement ayant été institué dès le début de l'affection (le 7 avril) l'état de la malade commence à s'améliorer à partir du 13 avril pour sortir à la fin du mois en bon état.

Observation XXXVIII. — Avril 1902, n° 454, accouchée

dans la rue, II pare. Garçon à 8 mois 1/2. Mme R. L..., 24 ans, journalière, réglée à 14 ans régulièrement, a toujours bien marché. Son père mort d'une maladie de foie. Sa mère (vivante) a eu 11 enfants dont 2 jumeaux. Notre cliente se souvient d'avoir été à 7 ans atteinte de rougeole. Son premier enfant, né à terme, est bien portant. Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 14 juillet 1901, et la mère a senti au mois de novembre son enfant remuer. Entrée à la Maternité ayant accouché dans la rue d'un garçon pesant 2950 grammes ; la délivrance spontanée s'est faite à 2 heures matin dans le service. S. de C. normales. L'enfant est le 21 avril emporté par sa mère non guéri de son œil qui avait été atteint d'ophtalmie secondaire : SOF. : 10.

Observation XXXIX. — Avril 1902, n° 504, *accouchée et délivrée dans la rue*, I pare. Garçon à 8 mois. Mme M. M..., 19 ans, couturière, mariée, réglée à 16 ans, régulièrement a toujours bien marché. N'a jamais été malade. De sa première grossesse elle a eu en 1900 un enfant mort à 7 m. 1/2 de gestation. Dernières règles du 1^{er} au 3 août 1901 ; la mère a au 7^e mois senti son enfant remuer. L'accouchement a débuté le 19 avril à 5 h. 45 pour se terminer à 6 heures matin dans la rue, (garçon pesant 2800 gr.). Durée totale du travail 15 m. S. de C. normales. La mère et le fils sont sortis en bon état. SOF : 9.

Observation XL. — Avril 1902, n° 525, *accouchée dans le fiacre*, IV pare. Fille à terme. Mme Z..., ménagère, 28 ans, réglée à 13 ans, a commencé à marcher au 15^e mois. A 20 ans, elle a eu une fille née à terme. Cinq ans plus tard elle a de nouveau accouché à terme d'une fille. Son troisième enfant un

garçon cette fois né à terme également est venu au monde 2 ans après. La grossesse actuelle rapporte son début au mois de juin 1901, date des dernières règles. La mère a senti son enfant remuer au mois de novembre. En dehors des varices aux jambes, rien à signaler à l'examen physique. Entrée à la Maternité accouchée le 4 avril dans le fiacre en arrivant à 6 h. 30 matin (une fille pesant 2820 gr.). Délivrance spontanée dans le service à 6 h. 50, on a pratiqué ensuite une injection intra-utérine iodée. S. de C. normales. SOF : 10.

Observation XLI. — Mai 1902, n° 565, *accouchée et délivrée dans l'ambulance*, II pare. Fille à terme. Mme F. B..., 27 ans, couturière, réglée à 12 ans régulièrement, a toujours bien marché. Ses parents sont morts, il y a 10 ans. A souffert, à 5 ans, d'une scarlatine. De sa première grossesse elle a eu un garçon né à terme et qui se porte bien. Dernières règles du 7 au 11 juillet, et la mère a au quatrième mois senti son enfant remuer. Entrée à la Maternité le 3 mai, à 8 h. 30 m., accouchée d'une fille pesant 3280 grammes et délivrée dans l'ambulance. Les membranes sont déchiquetées. S. de C. normales. SOF : 10.

Observation XLII. — Mai 1902, n° 640, *accouchée en fiacre*, I pare. Fille à 7 mois 1/2. Mme L. L..., 21 ans, cartonnière, née à Paris, réglée à 12 ans 1/2 régulièrement, a toujours bien marché et n'a jamais été malade. Dernières règles du 2 au 8 septembre 1901. La mère a, au quatrième mois, senti remuer son enfant. Début du travail le 20 mai à 7 h. 1/2 matin. Entrée à la Maternité à 9 heures matin, accouchée dans le fiacre en arrivant d'une fille pesant 2000 grammes. Durée totale du travail : 1 h. 1/2. Après la délivrance qui s'est effectuée à 9 h. 15

dans le service, on a administré une injection intra-utérine iodée. S. de C. normales. Le placenta pèse 490 grammes et présente des altérations portant sur les cotylédons qui sont volumineux et friables. L'enfant a, le 26 mai, présenté les signes fonctionnels de l'occlusion intestinale : vomissements porracés, fécaloïdes. Le méconium n'est pas encore rendu. Il n'y a point cependant de météorisme. Le lendemain la température monte à 38° C. L'opération est pratiquée à 1 h. 30 du soir le 28 mai. Le petit opéré est mort le jour même à 6 heures du soir. L'autopsie est faite, et il semble que la mort soit causée par une hémorrhagie : le péritoine est rempli de sang caillé.

Observation XLIII. — Mai 1902, n° 661, *accouchée et délivrée dans l'ambulance*, IX pare. Garçon à 9 mois. Mme P. M., 37 ans, ménagère, réglée à 11 ans 1/2, a toujours bien marché. Les parents sont bien portants. Comme antécédents pathologiques et personnels à noter une fièvre typhoïde, une rougeole et enfin une fluxion de poitrine. De ses trois premières grossesses elle a eu trois filles nées à terme, dont la première a 16 ans, la deuxième et la troisième 14 ans. Le quatrième enfant est un garçon, né à terme, lui aussi : il a 11 ans. La cinquième gestation était gémellaire, interrompue au septième mois : les deux jumelles prématurées sont mortes au treizième mois. Cette grande multipare a accouché encore à terme de deux filles, âgées l'une de 4, l'autre de 2 ans. Quant à la huitième grossesse elle est moins heureuse, puisque la mère n'a pu la mener que jusqu'au huitième mois et a mis au monde une fille mort-née. Cette femme est devenue enceinte pour la neuvième fois au mois de septembre : dernières règles du 10 au 15 septembre 1901 ; et la mère a senti au quatrième mois remuer son enfant. Mais

cette gestation a été troublée par des accidents variés. La femme a dû se faire soigner pendant des mois à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Il y a dix jours (nous sommes au 9 déc. 1901), la malade est prise dans la soirée de douleurs assez vives dans le bas-ventre. Le lendemain elles ont augmenté et font croire à la femme qu'elle va accoucher. Un médecin appelé croit à des coliques intestinales et conseille le transport à l'hôpital. A Bichat on ordonne du repos et des lavements laudanisés et on renvoie la malade chez elle. Elle remarque qu'elle urine très peu. Rentrée chez elle, elle se met au lit, mais les souffrances augmentent toujours, le ventre se ballonne et les selles se suppriment ainsi que les urines. Ce matin n'y pouvant plus tenir elle se décide à se faire amener ici à la Maternité.

« A son arrivée, on constate un état général assez mauvais, le poulx est petit, filiforme, les extrémités sont froides et la peau visqueuse. Il y a de la dyspnée. Le ventre est entièrement ballonné, tendu et luisant à peu près comme celui d'une femme à terme. La palpation est très douloureuse surtout du côté gauche.

« Ces manœuvres (toucher vaginal et rectal) font écouler une certaine quantité d'urine. M. Jannin introduit une sonde dans la vessie et en retire trois litres d'urine. Aussitôt le ventre s'affaisse et la malade accuse un grand soulagement. Le toucher vaginal est plus facile et permet de reconnaître facilement le col au fond du cul-de-sac antérieur. Il est dirigé en haut, appliqué sous le pubis contre lequel il comprime l'urèthre, et se continue avec l'utérus qui est complètement rétroversé. »

« Le 10 décembre la purge d'huile donnée le matin est rejetée le soir. Elle a vomi du lait caillé. Le 12 décembre elle a rendu tout le liquide sauf le kéfir. Le ventre est de plus en plus bal-

lonné. Le 13 décembre la malade se sent mieux ; M. le Professeur agrégé Bonnaire réduit la rétroversion, la femme étant dans la position genu-pectorale. Une piqûre de morphine est faite pour empêcher l'utérus d'entrer en contractions. N'a pas vomì du tout. Le météorisme a diminué, le ventre est bien plus souple. Le 14 décembre la rétroversion n'est pas complètement réduite malgré les tentatives de réduction de la veille. M. le Dr Bonnaire la réduit alors et pose un pessaire du n° 8. La malade n'a pas rendu, elle urine seulement deux fois pendant la nuit. Le 15 décembre elle n'a ressenti aucune contraction utérine douloureuse. Le 16 décembre elle va de mieux en mieux. Ventre très souple, non douloureux, selles spontanées et abondantes plus fétides que la veille ; urine seule, urine bien plus claire. Le 19 décembre la malade va très bien. Légère douleur de pesanteur dans le bas-ventre, obligée de se recoucher à plusieurs reprises.

« Le 21 décembre douleur à la palpation rénale. Dépôt abondant au fond du buccal. L'urine recueillie à la sonde et filtrée donne un léger trouble à la chaleur et à l'acide acétique. A l'examen des urines du 21 décembre on constate : 1°) réaction faiblement acide ; 2°) le pus n'est pas examiné ; 3°) à l'examen microscopique on voit : a) des leucocytes en très grande quantité ; b) des cellules épithéliales très nombreuses et la présence de cellules de graisse, peut-être, d'une provenance extérieure. Elle ne supporte pas le lait et ne garde que l'eau de Vichy et le thé au rhum. La température est normale. Le 25 décembre elle souffre toujours un peu de la région lombaire, cependant les urines sont beaucoup plus claires. Le 28 décembre la douleur n'existe que par crises. Les urines contiennent toujours du pus.

« Le 30 décembre. La malade souffre ce matin surtout du côté gauche d'une douleur vive donnant la sensation de piqûre. La T. est normale. Les urines semblent plus claires et le dépôt est toujours aussi abondant. Le 1^{er} janvier 1902 la malade souffre toujours beaucoup. La douleur est beaucoup plus accentuée du côté gauche que du côté droit, et ne revient que par crises et le plus souvent la nuit. Elle urine 1500 grammes environ dans les 24 heures. Dépôt abondant et verdâtre (pus) au fond du bocal. Douleur vive en urinant. »

Cet état avec le pus phlegmoneux se maintint jusqu'au 5 janvier, moment où la malade commence à souffrir du côté droit tandis que la douleur du côté gauche est complètement disparue. Le pus est toujours très abondant dans les urines. Le lendemain 6 janvier la douleur est revenue du côté gauche et celle du côté droit est disparue. Le dépôt de pus continue à être abondant.

A partir du 12 janvier l'état de la malade s'améliore. On continue cependant le traitement. Elle va de mieux en mieux. Elle est partie le 27 janvier 1902, en bon état, guérie de sa rétroversion et de la pyélonéphrite.

Cette cliente est ramenée à la Maternité le 24 mai 1902 à 4 h. 30 du soir, accouchée spontanément sur la voie publique d'un garçon vivant et pesant 2800 grammes. Elle est amenée dans le service *en ambulance* après avoir été délivrée par l'interne de l'ambulance sans antiseptie. On lui a administré dans le service une injection intra-utérine iodée. Le 28 mai l'accouchée est loquace ; elle a du tremblement fibrillaire de la langue. La mère est sortie en bon état le 4 juin avec son fils.

Observation XLIV. — Juin 1902, n° 74, accouchée *dans la voiture*, I pare. Fille à 8 mois 1/2. Mme R. H., 25 ans, domestique, réglée à 14 ans régulièrement, a toujours bien marché. Ignore son père. Atteinte à 17 ans d'anémie, puis a souffert du ténia. Dernières règles du 23 au 27 août 1901. Bassin normal : l'enfant s'était présenté par le sommet. Le travail a débuté le 4 juin à midi 15. A accouché en voiture, en arrivant à la Maternité, d'une fille pesant 2770 grammes. Après la délivrance qui s'est faite dans le service à midi 15, on a administré une injection intra-utérine iodée. On constate en ce moment une petite « lésion de la fourchette ». Suites de couches normales.

Observation XLV. — Août 1902, n° 885, accouchée *en voiture*, II pare. Fille à terme. Mme V. B., 28 ans, ménagère, régulièrement réglée à 17 ans, a toujours bien marché et n'a jamais été malade. Son père est bien portant, sa mère morte. Premier enfant, né à terme, mort de diarrhée au vingt-sixième jour. Dernières règles du 5 au 10 novembre 1901 ; la mère a senti au cinquième mois son enfant remuer. Rien à noter à l'examen physique de la femme. Début de l'accouchement à 9 heures du soir le 10 août. Entrée à 3 h. 40 matin, le 11 août dans le service, accouchée en arrivant dans la voiture à 3 h. 30 matin le 11 août. Durée du travail 6 h. 30. Après la délivrance (3 h. 45 m.) on lui a donné une injection intra-utérine iodée. L'enfant (fille) pèse 3050 grammes. S. de G. normales. SOF : 10.

Observation XLVI. — Octobre 1902, n° 1274, avortement VIII pare. *Mort et macéré* à 5 m. 1/2. Mme K. M., 37 ans, porteuse de pain et laveuse, régulièrement réglée à 14 ans. Parents morts, le père d'une affection hépatique. A toujours

bien marché et n'a jamais été malade. Les six premières gestations ont été menées jusqu'au terme, mais trois enfants sont morts, l'un à un mois de méningite, les deux autres à trois mois de convulsions. Elle a fait ensuite une fausse couche de deux mois, en février 1902. La grossesse actuelle s'est aussi terminée par un avortement. Les cinq premières conceptions menées jusqu'à terme appartiennent au premier mari, tandis que la sixième, et les deux avortements sont l'œuvre du deuxième. Dernières règles du 16 au 19 mars 1902; la mère a senti remuer son enfant dans les premiers jours du mois de juillet. Elle porte le pain de 5 heures du matin à midi et lave le reste de la journée, depuis quelques jours elle était très fatiguée. L'enfant ne remuait plus, il y a deux mois. A partir du 31 octobre la parturiente avait fréquemment des douleurs et perdait un peu de sang, mais continuait tout de même à travailler. Dans la nuit du 3 au 4 novembre, à minuit les douleurs devinrent plus fortes, l'hémorrhagie plus abondante, le lendemain elle a cependant repris son travail, mais elle a dû s'aliter à midi. Une sage-femme conseilla la Maternité. La parturiente fut transportée dans une voiture, et c'est pendant le trajet qu'elle fut prise de douleurs très vives et qu'elle évacua au complet le contenu de son utérus. A son arrivée le 4 novembre à 4 h. 30 du matin on trouve entre ses pieds un œuf complet d'environ 5 mois 1/2. Les membranes sont complètes, non déchirées, à travers lesquelles on voit le cordon, le fœtus et le placenta. L'utérus est rétracté. Pas d'hémorrhagie. On pratique une injection vaginale et ensuite une injection intra-utérine iodée. S. de G. normales. La mère est sortie le 11 novembre en bon état.

Observation XLVII. — Novembre 1902, n° 1375, accou-

chée *dans la rue*, II pare. Fille à terme. Mme M. F..., 32 ans, journalière, réglée à 16 ans, régulièrement, pendant 7 jours, a toujours bien marché. Ses parents sont bien portants ; elle n'a jamais rien eu. Le premier enfant (né à terme) se porte bien. Père identique pour les 2 conceptions. Dernières règles fin janvier. En dehors des varices au membre inférieur droit ne présente rien d'anormal. Le travail a débuté le 25 novembre à 11 h. 1/2 soir. Cette dame est entrée à la Maternité le 26 novembre, 6 h. 30 matin, accouchée à 6 h. 10 matin dans la rue, *subitement*, « par suite l'enfant a reçu un choc violent ». Après la délivrance qui s'est passée à 6 h. 40 matin, à l'hôpital, on a pratiqué une injection intra-utérine iodée. L'enfant, fille, pèse 3500 grammes. SOF : 11, S. de C. normales.

Observation XLVIII. — Novembre 1902, n° 1394, *accouchée et délivrée en fin octobre*, I pare. Garçon à terme. Mme P. M., 24 ans, domestique, réglée à 16 ans, irrégulièrement, a toujours bien marché. Parents bien portants, elle aussi. Dernières règles 25 février, rien d'anormal durant la gestation. Elle rapporte au 29 novembre à 11 heures du soir le début du travail, tandis que la rupture des membranes a eu lieu spontanément et prématurément le 28 novembre, et l'expulsion de l'enfant enfin à 2 h. 15 matin, le 30 novembre. Durée du travail, 3 h. 15. L'accouchement et la délivrance se sont faits dans le fiacre sans soins d'antisepsie. S. de C. heureuses. L'enfant, garçon, pèse 3200 grammes. SOF : 10. Les paupières de l'enfant se gonflent, deviennent rouges et laissent échapper du pus le 9 décembre. L'enfant est emmené non guéri de son ophtalmie, une tache persiste encore « sur l'œil ».

Observation XLIX. — Décembre 1902, n° 1514, *accouchée en voiture*, I pare. Fille à 7 mois. Mme V. J..., 21 ans, couturière, a toujours bien marché. Elle a régulièrement vu ses règles pendant 3 jours depuis l'âge de 18 ans, et la menstruation est indolore. Père mort d'un anévrisme cardiaque, et mère bien portante. A souffert de fièvre typhoïde et de scarlatine sans complications ; tousse depuis 8 mois. Elle ignore la date de ses dernières règles mais doit avoir senti l'enfant remuer au quatrième mois de la gestation. A l'examen physique à noter quelques râles à la base gauche, et une respiration soufflante au sommet droit. L'enfant s'est présenté par le sommet. Début du travail le 28 décembre à 1 heure soir. Entrée à 9 heures soir, à la maternité, accouchée en arrivant dans la voiture d'une fille faible, pesant 1980 grammes, au septième mois. SOF : 10 Une demi-heure après la délivrance a eu lieu dans le service naturellement, et l'on a pratiqué une injection intra-utérine iodée. S. de C. normales. Chez l'enfant, le 7 janvier, apparaît une ophtalmie de l'œil droit avec pus abondant, la cornée n'est plus transparente le 13 janvier et s'ulcère le 15. Enfin la cornée gauche commence elle aussi à s'infiltrer. Il n'y a aucune amélioration. Au départ, le 21 février, il s'écoule encore un peu de pus, les deux yeux sont en très mauvais état. L'enfant pèse seulement 2325 grammes au soixante-sixième jour.

Observation L. — Janvier 1902, n° 30, *accouchée et délivrée en fiacre*, II pare. Garçon au huitième mois. Mme F. S..., 29 ans, couturière, réglée à 12 ans pendant 3 jours, régulièrement, a toujours bien marché. Ses parents sont morts. N'a souffert que d'un ulcère variqueux qui dure depuis 8 ans. A accou-

ché en 1900 au huitième mois de son premier enfant, mort-né. Dernières règles du 15 au 18 avril 1902 ; la mère a senti au quatrième mois remuer l'enfant ; grossesse actuelle n'a été nullement troublée. Enfant présenté par le sommet. Cette femme est entrée dans le service le 9 janvier à 6 h. 30 matin, accouchée à 6 h. 30 d'un garçon pesant 2150 grammes et délivrée à 6 h. 40 avec membranes déchirées et incomplètes dans le fiacre qui la transportait à la Maternité. A l'arrivée on pratique une injection intra-utérine iodée : de nombreux débris de caillots sont évacués ; et on place l'accouchée dans la salle d'isolement pour des gommes syphilitiques au genou droit, suppurant et sentant mauvais. La femme prétend avoir ces gommes dès le début de la grossesse. Température normale. La mère refusant de rester quelques jours encore à l'hôpital est partie le 18 janvier (au 10^e jour) emmenant son enfant débile en bon état.

Observation LI. — Février 1903, n^o 262, *accouchement dans l'ambulance*, II pare. Garçon à terme. Mme B... C..., 47ans, ménagère, réglée à 13 ans régulièrement, a commencé à marcher au 14^e mois. Son père et sa mère morts de congestions du cerveau. Dans son enfance, elle a eu la rougeole et la scarlatine à 8 ans. Les deux premiers enfants nés, à terme, (le premier en 1889, le deuxième en 1901) sont bien portants ; même père pour les trois enfants. Dernières règles du 17 au 21 mai 1902, mouvements du fœtus à 4 mois 1/2. Prise de douleurs le matin à 3 heures, elle accouche à 4 heures 1/2 dans la voiture d'ambulance qui l'amenait à la Maternité, *presque sans douleurs*, garçon pesant 3370 grammes. SOF : 10.5. Durée totale du travail 1 heure 30. Après la délivrance (à 4 heures 45) dans le service on pratique une injection intra-utérine iodée. Suites de couches naturelles. Sortie sur sa demande au 10^e jour.

Observation LII. — Mars 1903, n° 309, *accouchée et délivrée de l'ambulance*, II pare. Fille à 8 mois 1, 2. Mme B... C... 26 ans, née à Paris, lingère, réglée à 17 ans régulièrement pendant six jours, a toujours bien marché. N'a souffert que d'une fièvre typhoïde il y a six ans. A accouché la première fois spontanément au huitième mois d'une fille mort-née, venue par la tête. Les deux conceptions sont attribuées au même homme. Dernières règles le 25 juin ; mouvements du fœtus au quatrième mois. Au moment de l'accouchement l'urine présente un nuage d'albumine. Bassin normal ; enfant présenté par le sommet. Début du travail le 9 mars à 4 heures matin ; rupture des membranes à 6 heures dans l'ambulance ; expulsion spontanée de l'enfant à 6 heures aussi ; et enfin délivrance naturelle d'x minutes après également dans l'ambulance. A l'arrivée de la délivrée, on pratique une injection intra-utérine iodée. Pendant les suites de couches, température normale, mais lochies fétides ; le 13 mars utérus gros, mou, mal rétracté, ventre indolore ; 4 jours après l'albuminurie et l'odeur des lochies disparaissent, l'utérus reprend sa consistance normale. L'enfant, faible, pèse 2750. S.O.F. : 9.5. La mère emmène la fillette le dixième jour (18 mars).

Observation LIII. — Mars 1903, n° 419, accouchement *en fiacre*, II pare. Garçon à 7 mois et demi. — Mme C. E..., 18 ans, talonnière, réglée régulièrement à 11 ans, a toujours bien marché depuis l'âge de dix mois. Mère morte de tuberculose pulmonaire, père en traitement à l'hôpital (tuberculose). Elle n'a jamais été malade. En 1902 un accouchement spontané ; ce prématuré (7 mois et demi) succombe au bout de trois jours. Les deux conceptions sont du même homme. Dernières règles à la fin d'août 1902 ; mouvements de l'enfant ressentis au quatrième mois. Début du travail le 29 mars à minuit, les mem-

branes se sont rompues spontanément et prématurément dans le trajet vers la Maternité. Entré dans le service le 30 mars à 4 heures 25 soir, accouchée dans le fiacre en venant d'un prématuré faible, pesant 2110 grammes. SOF : 9. La délivrance faite 15 minutes après, on pratique une injection intra utérine iodée. Suites de couches normales. L'enfant est mort le 2 avril (spécificité probable).

Observation LIV. — Avril 1903, n° 436, accouchée en *fiacre*, III pare. Garçon à terme. Mme M... P..., 30 ans, lingère a toujours bien marché. Père (70 ans) bien portant, mère morte bacillaire à 42 ans. Quant aux deux frères et aux deux sœurs ils se portent tous bien. Atteinte à 14 ans de l'anémie, qui n'a cessé qu'avec l'apparition de la menstruation. Première fille, née à terme en 1895 est bien, tandis que la deuxième, née aussi à terme en 1898 est morte au quinzième mois de méningite. Le père de ces deux enfants est le même, tandis que la grossesse actuelle est conçue d'un autre homme. Dernières règles du 10 au 15 juin. A l'examen on ne note qu'un très gros bourrelet hémorroïdaire, des seins assez volumineux et aplatis. L'enfant s'est présenté par le sommet. *Brusques* douleurs prennent la femme chez elle à 2 heures du matin (2 avril) ; elle quitte son domicile à 3 heures et demie, accompagnée d'une voisine. En arrivant à l'hôpital à 4 heures du matin elle est accouchée en fiacre ; l'enfant a été soutenu jusqu'à la porte de la Maternité par la voisine, qui le maintenait près des organes génitaux de la mère, et empêchait ainsi le trop grand tiraillement du cordon. Ce dernier faisait autour du cou une double circulaire. Après le pincement du cordon par une pince à forcipressure et sa section l'enfant d'abord et sa mère ensuite ont été apportés à la salle de travail, où la délivrance a eu lieu normalement. On a

administré à la délivrée une injection intra-utérine iodée. Durée totale du travail : 2 heures. Suites de couches normales. L'enfant pèse 3.710 grammes. SOF : 11. Longueur du cordon : 40 centimètres.

Observation LV. — Avril 1903, n° 438, accouchée dans une ambulance, III pare. Garçon, à 8 mois. Mine Z. P..., 26 ans, ménagère, réglée à 15 ans, régulièrement pendant 8 jours a toujours bien marché. Mère paralytique et père bien portant. Cette femme n'a jamais été malade. Le premier enfant né à terme en 1893 est bien portant ainsi que le deuxième, né en 1895, à terme également. Le père des trois enfants est le même. Dernières règles le 7 juillet 1901, la mère a senti remuer son enfant au mois de novembre. Partie de la Haute-Saône pour Paris en chemin de fer, la parturiente n'a pas eu de douleurs pendant le voyage ; ce n'est qu'à l'arrivée à Paris en gare du Nord qu'elle a eu des douleurs très fortes. Début du travail le 2 avril à 7 heures soir. Accouchement à 9 h. 40 soir dans l'ambulance qui la transportait à la Maternité, où elle est arrivée à 10 heures soir ; 20 minutes après la délivrance a eu lieu dans le service. L'enfant pèse 2450 grammes. SOF : 10-5. Suites de couches normales.

Observation LVI. — Avril 1903, n° 443. Accouchée en ambulance, II pare. Garçon à terme. Mme S. D..., 25 ans, cuisinière, réglée régulièrement à 22 ans a toujours bien marché depuis l'âge de 22 mois. Parents bien portants. A eu à 22 ans une fièvre typhoïde. Son premier enfant, né à terme en 1896 se porte bien. Un seul et même père. Dernières règles le 25 juin 1902 ; la mère a au quatrième mois senti remuer l'enfant. Rien à noter à l'examen physique. Début du travail à 1 heure matin, rupture tempestive des membranes ; accouchement le 3 avril à

4 h. 55 du matin dans l'ambulance en arrivant ; garçon de 3750 grammes. Un quart d'heure après, la délivrance a lieu dans le service ; on a pratiqué ensuite une injection intra-utérine iodée. Quant à l'enfant il a reçu le 7 avril des bains sinapisés, des frictions à l'alcool, et le 8 avril 4 bains sinapisés, les frictions à l'alcool et 50 centigrammes d'ammoniaque. Suites de couches normales. Mère et enfant sortis le 10 avril en bon état.

Observation LVII (personnelle). — Avril 1903, n° 512, *accouchée sur le trottoir*, I pare. Garçon à 8 mois mort né. Mme S. A..., 20 ans, née à Puteaux (Seine), est réglée à 13 ans, menstruation de quatre jours, toujours régulière. Typographe. Son père est mort « fou », tandis que sa mère et sa sœur se portent bien. Elle ne sait pas si sa mère a eu des couches faciles. Dans ses antécédents pathologiques et personnels à noter une scarlatine à l'âge de 7 ans. Commence à marcher à 11 mois ; marche toujours bonne. Dernières règles du 7 au 10 août 1902 ; il y a quatre mois qu'elle a senti remuer son enfant. Aucun accident, aucune complication durant la gestation. L'examen de son habitus physique ne révèle rien d'anormal ; le bassin est bien conformé. Au moment de l'accouchement les urines sont très albumineuses ; il y a de l'œdème aux membres inférieurs. Premières douleurs le 19 avril à 5 h. 5, mais encore faibles ; ce sont les « eaux » qu'elle a perdues à 7 heures du soir qui l'ont décidée à partir pour la Maternité. Pendant le trajet les douleurs ne s'accroissent guère. En descendant de la voiture qui l'a transportée à l'hôpital elle accouche à 11 heures soir sur le trottoir dans la cour de la Maternité, après s'être *accroupie*, c'est son expression, d'un garçon mort-né, cordon intact. On essaie de ranimer l'enfant par des insufflations bouche contre bouche,

après avoir désobstrué les voies respiratoires à l'aide du tube de Ribemont. A la suite de l'échec de ce procédé on le frictionne à l'alcool, on lui donne des bains sinapisés alternativement chauds et froids sans plus de succès. L'accouchée ne peut nous donner aucun renseignement sur l'état de santé du père : la cause de la mort de l'enfant nous demeure inconnue.

Durée du travail : 6 heures en tout. Délivrance pratiquée dans le service par extraction simple à 11 h 50. L'enfant pèse 2,600 grammes ; il a 48 centimètres de longueur. Poids du placenta : 480 grammes ; il présente de la dégénérescence calcaire. La mensuration des membranes nous donne le rapport 25/10. L'insertion du cordon est centrale, et mesure 50 centimètres. Les suites de l'accouchement sont on ne peut plus normales ; l'albumine a cependant persisté dans les urines jusqu'à la sortie de l'accouchée. Quitte l'hôpital au dixième jour (le 29 avril) sur sa demande avec 0,50 centigrammes d'albumine dans les urines.

Observation LVIII (personnelle). — Mai 1903, n° 624 accouchée à la *gare du Nord*, III pare. Garçon au septième mois. Mme A. F. R., 36 ans, née à Montmagny (Seine-et-Oise), cultivatrice ; ne connaît ni son père, ni sa mère elle a été élevée par son oncle. Réglée à 14 ans 12, pendant trois ou quatre jours elle voyait toujours la menstruation, en retard, de sorte que celle-ci n'apparaissait que huit fois dans l'année. La quantité de sang a toujours été peu abondante ; l'odeur s'en maintenait la même. Cette dame ne peut nous dire à quel âge elle a commencé à marcher, mais elle affirme avoir toujours bien marché. Dans ses antécédents pathologiques et personnels, — trop chargés — nous notons la coqueluche à 2 ans, la rougeole de 3 à 4, le croup à 7, l'angine et la scarlatine à 12. Il y a quatre ans, elle a été atteinte de sciatique gauche et de rhumatisme à l'épaule gauche ; la scia-

tique s'est passée au bout de deux mois, tandis que le rhumatisme la fait encore souffrir. Notre cliente a déjà été mère deux fois. La première fille est née en 1888 à terme, et sa deuxième en 1891, au huitième mois ; celle-ci est morte quinze jours après. La mère explique par un accident cet accouchement prématuré en effet : pendant la deuxième gestation, elle est tombée un jour de sa voiture chargée ; elle resta suspendue par la ceinture à la corne de la voiture, l'accouchement est survenu quelques jours après. La grossesse actuelle est le fruit d'une nouvelle connaissance. Dernières règles ignorées ; enfant remue à cinq mois. A l'examen physique, rien d'anormal. Présence d'un nuage d'albumine dans l'urine, au moment de l'accouchement et rhumatisme. La femme nous dit qu'elle avait de l'albumine à 32 ans aussi, époque où elle souffrait de la sciatique. Conformation du bassin : bonne.

Circonstances de l'accouchement. La femme attribue l'interruption de sa grossesse à une forte contrariété de la veille. Le 11 mai, vers 4 heures soir, retourne en voiture des champs avec sa fille. Il fallait traverser un cours d'eau : le cheval a dévié du chemin et s'est engagé dans un tourbillon. Les circonstances tragiques du moment, augmentées encore par ce fait qu'elles étaient sans moyens de diriger le cheval, car la bride et les rênes manquaient, occasionnent à la mère des douleurs subites dans le ventre tellement intenses qu'elle s'est évanouie. Le père, accouru à temps, les a sauvées. En rentrant chez elle la femme s'est sentie mouillée ; vers 10 heures soir se lava (c'est son expression) et se coucha. N'ayant éprouvé aucune douleur d'enfantement elle est allée le lendemain 12 mai à Paris pour vendre ses légumes. C'est en revenant du marché à la gare du Nord à 7 heures matin qu'elle s'est *subitement* sentie en fai-

blesse. Elle a accouché évanouie, aidée d'une paysanne, sa compagne. La femme ne se souvient d'aucun détail des circonstances dans lesquelles l'accouchement se termina. Elle ne se rappelle pas avoir eu de douleurs au moment de l'expulsion de l'enfant, n'a pas pu nous renseigner non plus sur la présentation de l'enfant. Pas d'hémorrhagie, pas de déchirures. Délivrance naturelle et complète à la Maternité à 7 h. 1/2 matin. On a pratiqué ensuite une injection intra-utérine iodée. L'enfant pèse 2350 grammes, mesure 45 centimètres longueur. S.O.F. : 10.5. Poids du placenta, 420 grammes. Suites de couches normales. La mère a quitté le service le 21 mai sur sa demande, emmenant son enfant, aussi en bon état.

Observation LIX (personnelle). — Mai 1903, n° 659. *Accouchée assise dans un fauteuil*. Enfant à terme, III *pare*. Mme D. M..., 28 ans, blanchisseuse, réglée à 17 ans, régulièrement pendant 4 jours. Jamais malade ; marche à 1 an. Ses parents se portent bien, mais l'unique frère est tuberculeux. Les 2 premiers enfants de même père, celui-ci d'un autre. Accouchement du premier garçon en 1898, à terme, n'a pas été long : douleurs commencent à 2 heures matin, expulsion à 7 heures matin. Le deuxième accouchement encore moins long ; début des douleurs à 1 heures matin, expulsion d'un garçon vivant à terme à 5 h. 1/2 matin, sans bains ni soins antiseptiques précautionnables. La troisième conception du même père.

Dernières règles : fin septembre ; mouvements de l'enfant en février 1903. Examen physique : rien à noter ; bassin bien conformé, enfant présenté par la tête. Vomissements persistent jusqu'à la fin de la grossesse. N'avait absolument rien ressenti la veille de son accouchement. A 4 h. 1/2 matin, le 21 mars, se ré-

veilla et se sent mouillée ; en même temps elle éprouve de petites douleurs. Instruite déjà par les accouchements antérieurs rapides se dirige immédiatement sur la Maternité. Accouchement à 5 h. matin en arrivant assise dans le fauteuil du concierge. L'enfant n'est pas tombé sur le sol, retenu par les jupons liés en bas à l'aide d'une serviette. Cordon coupé à la consultation. Après 25 minutes, délivrance naturelle et complète puis injection intra-utérine iodée. A part quelques fortes tranchées utérines, vite calmées par des cachets de pyramidon, les suites de l'accouchement sont très heureuses. Le garçon pèse 3190 grammes et mesure 47 centimètres long. SOF : 10.

Observation LX. — Mai 1903, n° 674, avortement de 4 mois, *œuf complet, dans l'ambulance, IV pare.* Mme L. G..., 33 ans, blanchisseuse, réglée à 16 ans, régulièrement, jamais malade, parents bien portants. Son premier enfant, né prématurément au 8^e mois en 1891 va bien. A eu encore 2 accouchements, ceux-ci à terme (1893, 1895), enfants bien portants. A l'examen physique rien d'anormal. Bassin bien conformé. Ne se croyait pas enceinte, a toujours eu régulièrement ses règles pendant les derniers mois et n'a jamais senti son enfant remuer. Il y a 2 mois elle est venue consulter à la Maternité pour douleurs dans les reins et le bas-ventre. Ne pouvant se prononcer sur la grossesse, M. le Professeur agrégé Bonnaire lui avait dit de revenir dans six semaines.

A partir de ce moment elle était toujours souffrante, ne travaillait plus et restait dans son ménage. Dès le 1^{er} avril commença à perdre du sang, et en perdit journellement. Le 22 mai accuse de fortes douleurs : le médecin consulté pensant qu'elle a un fibrome, l'envoie à l'hôpital Lariboisière dans le service

de M. le Dr Michault qui porte également le diagnostic de fibrôme et lui dit de revenir le 25. Les douleurs deviennent très fortes le 24 à partir de 9 heures matin et en même temps elle expulse des caillots de sang. Perdant assez abondamment la femme se décide à venir à la Maternité, et dans le trajet elle expulse spontanément en ambulance un œuf complet pesant 480 grammes. A son arrivée dans le service à 3 heures soir le 24 mai, injection intra-utérine iodée. Suites de l'accouchement bonnes. A quitté l'hôpital le 4 juin en bon état.

Observation LXXI (personnelle). — Juin 1903, n° 734, *accouchée et délivrée dans la rue*, II pare. Fille à terme. Mme M. B..., 23 ans, journalière, née à Paris, réglée à 16 ans, régulièrement, pendant sept à huit jours, a marché de bonne heure. Ses père et mère sont morts tuberculeux à l'âge de 52 ans environ. Le frère et les deux sœurs se portent bien. L'une des sœurs, âgée de 27 ans est mariée, l'autre, âgée de 32 ans, a eu un enfant à terme qui est mort le deuxième jour probablement à la suite d'une obstruction intestinale. En 1901, elle a accouché spontanément à l'hôpital Saint-Louis, c'est l'hôpital de son quartier, de son premier enfant, une fille. La durée du travail a été normale. Le père des deux filles est le même. Dernières règles du 23 au 29 août 1902 ; ne se rappelle pas quand elle a senti l'enfant remuer. Bonne configuration du bassin ; varices vulvaires et aux membres inférieurs. Thrombus du pénile et de la grande lèvre gauche. La femme attribue ce thrombus à une chute sur le coin d'une chaise. La femme nous signale encore des vomissements apparus au septième mois, pour ne disparaître qu'avec l'accouchement.

Le 7 juin à 5 heures soir, premières douleurs sous forme de coliques faibles qu'elle attribuait au traumatisme du 4 juin. Ces

aleries de coliques la faisaient aller souvent à la garde-robe. Mais elle a pu cependant se coucher tranquillement le soir et dormir jusqu'au 8 juin, 2 heures matin. A ce moment les douleurs n'étaient pas plus fortes, mais se sachant à terme *elle se décide à partir en avance, croyait-elle, pour la Maternité.*

Elle prend le premier funiculaire et descend à la station la plus rapprochée de l'hôpital Saint-Louis. Pendant le trajet aucun besoin d'aller à la garde-robe, seulement deux fortes douleurs. Arrivée à la gare elle se dirige sur l'hôpital, mais après cinq minutes de marche la toux la prend (2 ou 3 efforts d'expiration) et c'est à ce moment qu'elle sentit quelque chose glisser entre ses cuisses. Elle se baissa, attrapa l'enfant qu'elle venait de mettre au monde (5 h. 1/4 m.), le posa dans le ruisseau et s'allongea sur le bord du trottoir. On coupa le cordon, le lia avec du fil et enveloppa l'enfant dans un châle. C'est de là que l'ambulance l'a prise pour la transporter à la Maternité de Lariboisière, où on lui a administré une injection intra-utérine iodée. Elle dit n'avoir pas perdu ses eaux ni pendant ni avant l'accouchement : en effet sa chemise ne portait que quelques traces sanguinolentes. Délivrance suivant de très près l'expulsion de l'enfant. On n'a pas tiré sur le cordon : la femme qui l'avait assistée avait eu seize enfants, et le cordon était coupé « long », c'est-à-dire pas trop près de l'ombilic. L'enfant n'avait subi aucun choc puisqu'il glissa très lentement le long des cuisses de sa mère et que celle-ci est arrivée à temps à le prendre dans ses mains. L'enfant est accouché tête première (une fille pesant 2800 gr.). SOF : 9.1. Suites de couches très heureuses ; le thrombus s'est rapidement résorbé et la mère a quitté la Maternité avec sa fille en bon état le 18 juin.

Observation XLII. — Juin 1903, n° 763, accouchée à la terrasse d'un marchand de vin, IV pare. Fille à terme. Mme S. G..., 31 ans, lingère, née à Paris, régulièrement réglée à 16 ans, a toujours bien marché depuis l'âge de 1 an. Père mort d'une maladie de cœur, mère d'une péritonite. Antécédents pathologiques personnels : une bronchite à 9 ans, trois accouchements à terme. Le premier enfant est mort au vingt-cinquième jour, il y a 5 ans ; les deux autres vivants, l'un à 3 1/2, l'autre à 2 ans 1/2.

Dernières règles du 15 au 20 avril ; l'enfant remue au quatrième mois. A l'examen physique rien d'anormal. Premières douleurs 12 juin matin. Dans la nuit elle se décide à venir à l'hôpital : descendue dans la rue n'a que le temps de s'asseoir à la terrasse d'un marchand de vin et de relever ses jupes. En deux douleurs l'enfant était né. On la met en fiacre, on coupe le cordon à l'arrivée dans le service. L'enfant pesant 2880 grammes s'est présenté par le sommet. A 2 h. 20 matin le 13 juin la délivrance s'est faite naturellement à la Maternité. Injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. S.O.F. : 12.5.

Observation LXIII. — Juillet 1903, n° 780, accouchée en fiacre, I pare. Garçon à 8 mois 1/2. Mme T. E..., 17 ans, cuisinière, réglée à 16 ans irrégulièrement pendant trois à quatre jours a toujours bien marché et n'a jamais été malade. Dernières règles du 9 au 10 octobre 1902. A part quelques légères varices, rien d'anormal. Le 17 juin, M. le Professeur agrégé Bonnaire examina cette femme à la consultation et porta le diagnostic : grossesse de 8 mois, tête engagée en OI DP, bassin normal. La femme rentra chez elle ; les douleurs débutèrent à midi ; à 9 heures soir elle revint dans le service accouchée en

voiture d'un garçon pesant 2280 grammes. A perdu une certaine quantité de sang depuis l'expulsion du fœtus jusqu'à la délivrance. Durée totale du travail 9 h. 1/2. Après la délivrance qui a eu lieu à 9 h. 45 soir on lui a donné une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales. SOF : 10.

Observation LXIV. — Juillet 1903, n° 795. Accouchée dans l'escalier. IV pare. *Mort-né à terme*. Mme R. J..., 29 ans, ménagère, réglée à 14 ans régulièrement pendant huit jours a toujours bien marché. Parents morts tuberculeux. A souffert de la fièvre typhoïde à 14 ans. De ses trois grossesses menées à terme elle a eu trois garçons dont les deux premiers seulement sont vivants : le premier est né en 1892 et l'autre en 1897; tandis que le troisième a succombé d'entérite au seizième mois. Dernières règles 20 septembre 1902. A l'examen physique rien d'anormal sinon la présence de varices assez volumineuses aux membres inférieurs ainsi qu'aux organes génitaux externes. Le bassin est normal. L'enfant s'était présenté par le sommet. Début du travail le 20 juillet à 2 h. 30. Mais la femme ayant peu de douleurs part trop tard pour la Maternité, et accouche dans son escalier. Amenée dans le service à 5 h. 5 elle expulsa aussitôt (à 5 h. 15) son placenta. On lui administre une injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales.

Observation LXV. — Août 1903, n° 859. Accouchée et délivrée *en fiacre*, II pare. Garçon près du terme, en mort apparente. Mme V. A..., 37 ans, couturière, régulièrement réglée à 15 ans pendant quatre à cinq jours a toujours bien marché. Ses parents sont bien portants. Dans ses antécédents elle signale une ophtalmie et la fièvre typhoïde à 25 ans. Les pères de ses deux enfants sont différents.

Le premier était une fille née à terme, venue par la tête, morte au onzième mois de bronchopneumonie. La grossesse actuelle est à terme. Dernières règles le 11 octobre 1902. A l'examen physique, rien d'anormal. S'est reposée pendant les derniers mois de la gestation. Liquide amniotique verdâtre, expulsion du fœtus dans la voiture le 2 août, à 4 h. soir. Délivrance immédiate. L'enfant est resté un temps assez long à l'orifice vulvaire, les membranes appliquées sur la tête. A son arrivée à l'hôpital, l'enfant avait rendu son méconium et était en mort apparente. S'est ranimé un quart d'heure après son arrivée, à l'aide des bains chauds, alternant avec des bains froids et d'insufflations. C'est un garçon qui pèse 2.900 grammes. S.O.F. : 10,5. Suites de couches normales.

Observation LXVI (personnelle). — Septembre 1903, n° 1019. Accouchée *dans le couloir*, II pare. Fille à terme. Mme D... A..., 21 ans, cultivatrice, réglée à 14 ans, régulièrement pendant quatre à cinq jours a toujours bien marché depuis l'âge de un an. Ses parents ainsi que ses cinq frères et ses deux sœurs se portent tous bien. Elle n'a souffert que de la rougeole à 4 ans environ.

Cette jeune femme a accouché pour la première fois en 1900, à terme et spontanément, d'un garçon qui se porte bien actuellement. Les douleurs ont commencé à 1 h. 5. Ce premier accouchement ne fut ni long ni dur, comme elle dit, puisqu'elle avait fait le ménage jusqu'à 11 heures matin, et que le petit est venu au bout de deux douleurs ; les eaux étaient parties en même temps que l'enfant. Suites de couches bonnes, elle avait repris le travail au huitième jour.

La grossesse actuelle est également à terme. Dernières règles du 20 au 24 novembre 1902 ; la mère a senti remuer son enfant

vers le 15 avril. La gestation n'a été troublée par aucune maladie, par aucune complication. A l'examen de la parturiente, nous ne trouvons que des varices à la cuisse droite. Bassin normal. Enfant présenté par le sommet.

Premières douleurs à minuit le 2 septembre 1903, et l'ont réveillée. Elle n'a pas pu se rendormir ; les douleurs se succédaient à 20 minutes d'intervalle. A 5 heures matin, elle se leva afin de se préparer à partir pour la Maternité. Manqua le premier train de 6 heures et ne repartit qu'à celui de 7 h. 20. En chemin de fer elle n'éprouvait plus les douleurs qu'on appelle des coliques, dit-elle, et qu'elle ressentait en partant, mais elle sentait « des poussées ». Dans le wagon elle resta allongée. Arrivée à la gare, les employés la transportèrent sur un brancard à la Maternité. Etant sur le brancard, elle sentait que « l'enfant venait ». Dans le service l'infirmière ne sachant pas que le travail était très avancé la força à se lever du brancard pour la conduire à la salle de travail. Après avoir fait une dizaine de pas, aidée par les deux infirmières qui la tenaient sous les bras, la jeune parturiente, toujours debout et droite sans aucune inclinaison du torse, serrant les jambes, elle se retenait, faisait des efforts pour empêcher l'expulsion de l'enfant, sentit que l'enfant passait, s'arrêta un peu en écartant les jambes, et l'enfant sortit sans que l'accouchée ait senti une douleur quelconque sans qu'elle eût poussé, sans qu'elle eût fait le moindre effort. Elle n'avait conservé que la perception du tact. L'enfant a glissé si rapidement entre ses jambes qu'elle a eu à peine le temps de dire « mais j'ai accouché et sans douleur » ; les infirmières ne purent que voir l'enfant sur le sol avec de l'ecchymose à la tête et le cordon rompu. La femme dit n'avoir pas perdu ses eaux.

Mise sur un lit à 8 heures matin, on constate une petite déchirure de la fourchette et une faible hémorrhagie suit l'accouchement, causée probablement par le décollement du placenta. 15 minutes après, délivrance spontanée. Durée totale du travail 8 h. Les membranes sont déchirées et incomplètes. La rupture du cordon siège au niveau de l'insertion placentaire. Le placenta pèse 130 grammes seulement. La petite hémorrhagie continue encore un instant, puis s'arrête. On administre une injection intra-utérine iodée. Le cordon est long de 50 centimètres et de volume normal, sans aucune particularité. L'enfant (fille) pèse 3000 grammes et mesure 49 centimètres de long. SOF : 10. Suite de couches des plus heureuses. Mère et fille parties en bon état.

CONCLUSIONS

1° Les accouchements par surprise sont rares. Leur nombre est environ de 1 pour 1000 accouchements ordinaires chez à peu près tous les auteurs qui se sont occupés de la question. La médecine légale étant en effet une science toute de détail, nous avons cru utile de contribuer à l'étude de ces faits rares. C'est en examinant ces détails qu'on peut répondre avec Marc : « la médecine légale mesure les bornes de l'intelligence humaine, elle sépare le certain de l'incertain, et si quelquefois le crime parvient à se cacher sous son égide, plus souvent encore l'inconscience y trouve un abri » aux injustes reproches adressés à la médecine légale des prétoires : « elle assure, a-t-on dit, l'impunité des infanticides. »

2° Les accouchements par surprise sont dus toujours à la réunion de plusieurs causes, la modification des douleurs d'enfantement est la cause efficiente la principale et la plus fréquente de ces faits ; puis viennent des causes indépendantes de la femme : les unes, en

agissant sur le système nerveux de la femme provoquent et précipitent ou rendent indolore l'accouchement, les autres enfin sont d'ordre social. A ces *causes efficientes* qui peuvent se combiner entre elles s'ajoutent toujours des *circonstances favorables* comme le rapport convenable de la tête fœtale et les dimensions des diamètres du bassin, la qualité des membranes, la position de la femme au moment de l'expulsion, le lieu où l'accouchement s'effectue, etc. etc.

3° La présentation la plus fréquente est par le sommet.

4° Une grande partie des accouchements par surprise sont à la fois des accouchements prématurés.

5° Les secondipares et les primipares constituent plus des 2/3 des accouchements par surprise.

6° L'âge de la parturiente ainsi que les états morbides avec conservation de la conscience n'ont pas grande importance pour l'accouchement par surprise.

7° Ce sont surtout les femmes de la classe ouvrière qui sont exposées à ces accouchements.

8° La marche, l'attitude de la femme pendant l'accouchement n'influent pas beaucoup sur celui-ci. L'accouchement dans la position verticale ainsi que dans la marche, tout en étant rares, sont indéniables.

9° Les accouchements pendant le sommeil naturel, hypnotique, narcotique, alcoolique sont rares mais incontestables.

10° La léthargie, la syncope, l'évanouissement, l'état comateux (éclampsie, épilepsie), l'état de mort apparente, l'hémorrhagie cérébrale, la paraplégie, le tabès,

l'hystérie, l'aliénation mentale privant la femme de sa conscience rendent l'accouchement inconscient possible.

11° L'accouchement *post-mortem* n'est pas douteux.

12° Une femme en bonne santé, jouissant de toute l'intégrité de son intelligence et de ses sens et se sachant à terme peut accoucher sans douleur, ni conscience du travail.

13° Une femme ayant la conscience du travail, l'accouchement peut se faire dans un moment où elle ne s'y attend pas.

14° Une femme se sachant à terme peut être surprise par la soudaineté de la douleur et accoucher alors qu'elle se trouve dans une position ou posture peu ordinaire.

15° La grossesse peut être ignorée non seulement pendant la gestation, mais elle peut ne se révéler que par la naissance de l'enfant, alors que l'accouchement lui-même est passé inaperçu.

16° L'ignorance de l'époque de l'accouchement favorise beaucoup les accouchements par surprise.

17° L'accouchement par surprise peut simuler absolument un besoin illusoire de miction ou de défécation, et la femme peut ne pas s'apercevoir de cette fausse interprétation de la douleur avant l'expulsion fœtale.

18° Les douleurs d'enfantement peuvent être confondues avec celles d'un état pathologique et l'accouchement peut alors surprendre la femme.

19° L'émotion morale, la frayeur, l'irritation psychique, l'anxiété, peuvent à elles seules provoquer un

accouchement rapide ou transformer en rapide ou en indolore un accouchement ordinaire.

20° Le départ trop tardif ou mieux l'arrêt de la parturiente sur le chemin de la Maternité, par défaut de communications, peut transformer un accouchement ordinaire en accouchement sur la voie publique.

21° L'accouchement par surprise peut se produire dans des attitudes très variées : la plus dangereuse pour la mère et surtout pour l'enfant est la position verticale.

22° Il n'y a pas d'endroit où l'accouchement ne soit possible : l'enfant risque le maximum de danger quand le sol est dur ou trop éloigné des organes génitaux maternels ou quand l'enfant tombe dans un liquide asphyxiant.

23° La projection de l'enfant hors de la voie génitale par la seule force de la contraction utérine et des efforts abdominaux, ainsi que la chute de l'enfant quand la mère est debout ou accroupie, sans grand amortissement de celle-ci par le frottement insuffisant du fœtus contre les parties maternelles et les vêtements, sont indéniables.

24° La mère peut dans quelques cas se trouver dans l'impossibilité de secourir son enfant, soit par privation de conscience (évanouissement) soit par ignorance de l'art obstétrical (enfant en mort apparente à la suite de la coiffure prolongée de la tête par les membranes amniotiques, etc.).

25° Les déchirures vulvo-périnéales et les hémorrhagies sont les complications les plus fréquentes concernant la mère pendant l'accouchement.

26° On a observé aussi mais exceptionnellement l'inertie utérine, la rupture utérine, vaginale, l'ablation du col, etc.

27° L'enfant peut se fracturer le crâne. Mais ces fractures ne sont ni fréquentes ni toujours mortelles ; leur possibilité doit cependant être admise unanimement.

28° Plus fréquemment on observe des contusions, ecchymoses, hématomes, mort apparente, et même asphyxie fœtale au cours de l'accouchement ou immédiatement après.

29° On a observé aussi la compression céphalique qui peut aller jusqu'aux fractures crâniennes et à la mort de l'enfant, des ruptures de viscères, des hémorragies secondaires, du refroidissement après la naissance.

30° L'accident le plus fréquent et le plus capital est la rupture du cordon ombilical.

31° La compression mortelle des circulaires, du cordon en procidence pendant l'accouchement est observée ; les hémorragies ombilicales sont également possibles. La coiffure de la tête de l'enfant pendant le travail par les membranes peut également occasionner la mort ou la mort apparente du nouveau-né.

32° L'issue simultanée du fœtus et du placenta a été observée dans les accouchements par surprise.

33° L'accident le plus dangereux pendant la délivrance est la rétention des débris annexiels. On a observé aussi le prolapsus et l'inversion utérine.

34° Pendant les suites de couches, la complication la plus importante dont la mère puisse souffrir est

l'infection puerpérale. Celle-ci cependant n'est ni aussi fréquente, ni aussi grave que l'on pourrait le croire de prime abord. Au contraire la fréquence de l'infection puerpérale se rapproche beaucoup de celle observée dans les accouchements ordinaires.

55° L'enfant court après l'accouchement par surprise aussi les mêmes accidents que dans les accouchements ordinaires.

Vu : le président de la thèse,

BUDIN

Vu : le Doyen de la Faculté,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

LIARD